

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE SUR LA SANTÉ
DES COUPLES ÂÎNÉS :
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET FACTEURS ASSOCIÉS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
LAURENCE VILLENEUVE

DÉCEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

« Un jour, maman, je ferai un doctorat... » Cette phrase dite le plus sérieusement du monde du haut de mes 10 ans sera la prémisse d'un rêve devenu maintenant réalité. C'est avec enthousiasme et un peu de candeur que j'ai amorcé mon parcours doctoral en 2007. Avec la concrétisation de ce rêve, vient le temps de faire un bilan et de remercier toutes les personnes qui ont su me soutenir durant les dernières années.

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de thèse, le D^r Gilles Trudel, sans qui ce projet de recherche doctoral n'aurait pu avoir lieu. Merci de m'avoir accueillie au sein de votre laboratoire et de m'avoir amenée à me surpasser. Je me sens privilégiée d'avoir eu accès aux données de ce projet de recherche qu'est ÉSA-Couple. Merci également de m'avoir donné la liberté de formuler mes thèmes de recherche à partir des données recueillies.

J'aimerais également remercier mon collègue et ami Luc Dargis. Ce fut un bonheur de travailler avec toi. Nourrissant la même passion pour la recherche et l'intervention clinique auprès des aînés, nos discussions (parfois éloquentes) auront marqué mon cheminement doctoral. Notre amitié ayant débuté avant mon parcours doctoral, j'espère qu'elle perdurera au-delà de notre cheminement académique. Ton soutien au cours des dernières années m'aura grandement aidée à garder le cap lorsque je me sentais partir à la dérive.

Je souhaite remercier les D^{rs} Michel Prévile et Richard Boyer avec qui j'ai eu des discussions stimulantes et enrichissantes. Votre enthousiasme est contagieux et votre engagement envers la recherche en gérontologie, louable. D^r Prévile, merci de m'avoir initiée à l'analyse des équations structurales. Ce fut un des grands défis que

j'ai eus à relever au cours de ce doctorat et votre confiance en moi dans la réalisation de ces analyses aura permis de pallier la mienne.

Un énorme merci à Jean Bégin pour son soutien en statistique, mais également pour son appui moral. Lorsque tout s'embrouillait, vous m'avez permis d'y voir un peu plus clair.

Ce projet de recherche ayant également été marqué par un cheminement clinique en gérontologie, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont su m'aider à développer une expertise clinique auprès d'une clientèle que j'affectionne tout particulièrement. Merci à Jean Paul W. Tremblay, Daniel Bolduc et Suzanne Malo.

C'est avec beaucoup d'émotion que je tiens à remercier mes parents ainsi que Roger et Catherine. Vous avez été là dès le début et votre soutien à mon égard n'aura jamais fléchi au cours de ces années. Maman, Papa, merci d'être les parents que vous êtes. Sans vous, tout ceci n'aurait pu être possible. Je ne vous en serai jamais assez reconnaissante. Je me sens extrêmement privilégiée de vous avoir comme parents. Merci aussi à mes grands-parents pour tous ces moments passés en votre compagnie. Ce projet n'aurait pas été le même sans vous avoir eus à mes côtés depuis le début. Il y a un peu de vous dans tout ça...

Benoît, merci d'être à mes côtés et de me soutenir. Nous aurons traversé ce parcours universitaire ensemble et j'en suis fière! Ton amour et ton humour m'auront amenée à mieux gérer tous ces moments d'incertitude et de remise en question qui ont marqué mon cheminement doctoral. Merci aussi de poursuivre avec moi un autre grand défi qui est celui d'être parent. Je t'aime!

Léa, mon « joli cœur », ton arrivée au cours de la dernière année et demie m'aura permis d'adopter un tout nouveau regard face à la vie. Tes sourires et ta joie de vivre

illuminent mes journées. Voir la vie à travers tes yeux d'enfant est un bonheur et me ramène à l'essentiel des choses. J'espère que tu sauras te faire confiance dans la réalisation de tes rêves, comme j'ai appris à le faire dans le cadre de ce parcours. L'atteinte de ton rêve ne constitue pas à lui seul l'essentiel, le chemin que tu choisiras pour t'y rendre saura l'être tout autant.

Le doctorat m'aura permis de nouer de nouvelles amitiés. Merci à France et Nathalie qui m'ont soutenue au cours des dernières années et qui ont toujours été là pour célébrer les événements marquants. Merci à tous mes amis et à ma famille. Je ne peux vous nommer tous, mais sachez que je vous suis très reconnaissante pour ces moments passés en votre compagnie et qui m'ont permis de rendre ces dernières années encore plus agréables.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	X
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XI
RÉSUMÉ	XIII
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	15
1.1 DÉFINITION ET PRÉVALENCE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES AÎNÉS	2
1.2 DÉFINITION ET CARACTÉRISTIQUES DU FONCTIONNEMENT CONJUGAL CHEZ LES AÎNÉS.....	3
1.2.1 Fonctionnement conjugal et détresse psychologique.....	5
1.3 CONDITION DE SANTÉ PHYSIQUE CHEZ LES AÎNÉS	7
1.3.1 Santé physique et détresse psychologique	9
1.3.2 Santé et détresse psychologique : effet modérateur du fonctionnement conjugal	10
1.4 STRESS ET TRACAS QUOTIDIENS CHEZ LES AÎNÉS	12
1.4.1 Tracas quotidiens et détresse psychologique.....	13
1.5 CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE.....	13
1.6 DIFFÉRENCES LIÉES AU GENRE ET ACTION RÉCIPROQUE DES CONJOINTS.....	14
1.7 OBJECTIFS ET CONTENU DE LA THÈSE.	17
CHAPITRE II	
DYADIC ADJUSTMENT SCALE: A VALIDATION STUDY AMONG OLDER FRENCH- CANADIANS LIVING IN RELATIONSHIPS.....	19
ABSTRACT	21
RÉSUMÉ.....	21
METHOD	26
Sample	26
Measures.....	27
Analysis	29
RESULTS	30
<i>Preliminary Analyzes</i>	30
<i>Factor Loadings</i>	31
<i>Reliability</i>	31

<i>Criterion-related Validity</i>	32
DISCUSSION	32
REFERENCES	36
CHAPITRE III	
THE INFLUENCE OF HEALTH OVER TIME ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG OLDER COUPLES: THE MODERATING ROLE OF MARITAL FUNCTIONING	47
ABSTRACT	49
INTRODUCTION	50
METHODOLOGY	53
<i>Procedure</i>	54
Instruments of Measurement	55
Statistical Analysis	56
RESULTS	57
Preliminary Analysis	57
Moderator Effect of Marital Functioning on the Number of Chronic Disease	59
Moderator Effect of Marital Functioning on Self-rated Health	60
DISCUSSION	61
REFERENCES	68
CHAPITRE IV	
CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES COUPLES ÂGÉS VIVANT À DOMICILE AU QUÉBEC : ÉTUDE LONGITUDINALE	81
RÉSUMÉ	83
ABSTRACT	83
INTRODUCTION	84
<i>Détresse psychologique et fonctionnement conjugal</i>	85
<i>Détresse psychologique et santé physique</i>	86
<i>Détresse psychologique et tracas quotidiens</i>	87
<i>Objectif principal et hypothèses</i>	88
<i>Genre et effets de partenaire</i>	89
MÉTHODOLOGIE	89
Instruments de mesure	90
Analyse des données	92
RÉSULTATS	94
<i>Déterminants du changement de la détresse psychologique</i>	94
<i>Groupes de changement de la détresse psychologique</i>	95

DISCUSSION	98
RÉFÉRENCES.....	103
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	119
5.1 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	120
5.1.1 <i>Validation de l'Échelle d'ajustement dyadique</i>	120
5.1.2 <i>Rôle modérateur du fonctionnement conjugal</i>	121
5.1.3 <i>Changement de la détresse psychologique et facteurs associés</i>	124
5.2 IMPLICATIONS CLINIQUES DES RÉSULTATS.....	126
5.3 CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	128
5.3.1 <i>Limites des études</i>	128
5.3.2 <i>Forces des études</i>	130
5.4 PISTES DE RECHERCHES FUTURES	131
5.5 TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....	132
5.6 CONCLUSION GÉNÉRALE.....	133
APPENDICE A	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE AU T1 DE L'ÉTUDE...	135
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE AU T2 DE L'ÉTUDE...	139
APPENDICE C	
LETRE DE REMERCIEMENT À LA SUITE DE L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE	143
APPENDICE D	
LETRE DE REMERCIEMENT À LA SUITE DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE	145
APPENDICE E	
APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE DOCTORAL	147
APPENDICE F	
QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS LE CADRE DE CETTE THÈSE	149
APPENDICE G	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES	183
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	187

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE III

Figure 1

Final Model with Marital Functioning as a Moderator in the longitudinal link between Number of Chronic Diseases and Psychological Distress (N = 384 older couples)... 77

Figure 2

Final Model with Marital Functioning as a Moderator in the longitudinal link between Self-rated Health and Psychological Distress (N = 384 older couples)..... 78

Figure 3

Average score of psychological distress at T2 depending on the level of self-rated health and marital functioning at T1 among older wives (N = 384)..... 79

CHAPITRE IV

Figure 1

Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple (N = 372) 118

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Table 1

Descriptive Data by gender 42

Table 2

Goodness-of-fit statistics for the Dyadic Adjustment Scale. 43

Table 3

Standardized least-square estimations for DAS items, and reliability estimates for
DAS subscales..... 44

Table 4

Convergent and divergent validity of the DAS..... 46

CHAPITRE III

Table 1

Demographic Characteristics of Participants as baselin (n = 384 older couples)..... 74

Table 2

Descriptives data of men and women at both times of measure (n = 384 couples).... 74

Table 3

Goodness-of-fit statistics for nested models of the first model tested (Marital
functioning X number of chronic diseases). 76

Table 4

Goodness-of-fit statistics for nested models of the second model tested (Marital
functioning X Self-rated health). 77

CHAPITRE IV

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des participants au T1 (n=372 couples âgés) 110

Tableau 2

Données descriptives des variables au T1 et des variables de changement chez les hommes et les femmes (n = 372). 111

Tableau 3

Qualité de l'ajustement des modèles imbriqués du Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les couples âgés (n = 372)..... 112

Tableau 4

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement de la détresse psychologique chez les femmes et leur conjoint (n = 372 couples) 113

Tableau 5

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement de la détresse psychologique chez les hommes et leur conjointe (n = 372 couples) 115

Tableau 6

Moyenne (écart-type) des variables de changement selon les groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes (n = 372)..... 117

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGFI	Adjusted goodness-of-fit index
APA	American Psychological Association
CR	Critical ratios
CIM-10	Classification internationale des maladies
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4 ^e édition
ÉAD	Échelle d'ajustement dyadique
ÉSA-Couple	Étude sur la santé des aînés - Couple
É-T	Écart-type
GFI	Goodness-of-fit index
IDPESQ-14	Indice de détresse psychologique – 14
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ICD-10	International Classification of Diseases
M	Moyenne
MI	Modifications indices
ML	Maximum estimation likelihood method
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RAMQ	Régime d'assurance maladie du Québec
RQRV	Réseau québécois de recherche en vieillissement
SD	Standard deviation
SRMR	Standardized root mean squared residual
T1	Temps 1

T2

Temps 2

ULS

Unweighted least square

RÉSUMÉ

Le présent projet de recherche doctorale a pour but de mieux comprendre la situation de vie des couples âgés vivant à domicile au Québec. Plus spécifiquement, cette thèse a pour objectif d'examiner les facteurs contribuant à la détresse psychologique chez cette population et elle s'articule autour de trois études. La première étude vise d'abord à valider l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976) auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés vivant à domicile. La deuxième étude a pour but d'examiner le rôle modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation longitudinale (18 mois) entre la santé physique et la détresse psychologique chez ces couples. Enfin, la troisième étude vise à documenter le changement de la détresse psychologique et des facteurs associés à partir des données fournies par les participants sur leur nombre de tracas quotidiens rapporté, leur fonctionnement conjugal et leur santé physique telle que définie par le nombre de maladies chroniques et la perception de la santé physique. Par ailleurs, la présente thèse a également pour objectif de documenter les différences observées entre les hommes et les femmes et les effets de partenaires dans les relations entre ces variables.

Les résultats relatés dans le cadre de la première étude indiquent que le modèle hiérarchique du questionnaire de Spanier (1976) représente bien le fonctionnement conjugal des couples âgés et que ce questionnaire peut être utilisé auprès de cette population. Plus spécifiquement, les résultats montrent des indices satisfaisants de validité et de fidélité pour l'ensemble du questionnaire et pour ses sous-échelles, mis à part pour la sous-échelle Expression Affective qui présente un indice de validité plus faible. Une discussion découlant des indices de validité des sous-échelles et du questionnaire dans son ensemble est mise de l'avant. Des propositions sont également suggérées pour modifier certains items du questionnaire qui apparaissent moins bien représenter le fonctionnement conjugal des couples âgés.

Les résultats de la deuxième étude suggèrent que le fonctionnement conjugal et la santé physique, telle que mesurée par le nombre de maladies chroniques et la perception de santé physique, contribuent indépendamment et de façon complémentaire à la détresse psychologique au cours du temps chez les hommes et les femmes vivant en couple. En fonction de l'objectif principal de cette étude, seul un effet modérateur significatif du fonctionnement conjugal a été trouvé dans la relation longitudinale entre la perception de la santé physique et la détresse psychologique chez les femmes âgées uniquement. Contrairement à ce qui était

attendu, cet effet modérateur se retrouve uniquement chez les femmes ayant un haut niveau de fonctionnement conjugal. Différentes explications sont formulées pour expliquer les résultats. Une discussion générale des principaux résultats est présentée dans le cadre de ce chapitre.

Les résultats de la troisième étude indiquent qu'une augmentation du nombre de tracés quotidiens est associée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes vivant en couple. Chez les hommes uniquement, les résultats montrent également qu'une diminution du fonctionnement conjugal contribue négativement au changement de la détresse psychologique. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats n'ont toutefois pas révélé de relation significative avec cette dernière variable en fonction du changement de la santé physique des hommes et des femmes et au changement du fonctionnement conjugal des femmes âgées. Il est possible que le lien normalement attendu entre ces variables se reflète davantage selon le contexte de changement de la détresse psychologique (augmentation c. diminution). Ainsi, des analyses subséquentes ont été réalisées à partir de trois groupes de changement de la détresse psychologique, soit ceux présentant une augmentation, une diminution ou une stabilité de leur détresse psychologique au cours de l'étude. Les résultats ont rapporté qu'une augmentation de la détresse psychologique au cours du temps était associée à une augmentation du nombre de tracés quotidiens et à une diminution du fonctionnement conjugal chez les hommes et les femmes. De plus, une diminution de la perception de santé physique et une augmentation du nombre de maladies chroniques sont associées à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes uniquement. Un effet de partenaire a été trouvé chez les hommes âgés et indique qu'une augmentation du nombre de tracés quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de leur détresse psychologique au cours du temps. Une discussion générale des résultats de l'étude est également présentée ainsi que des implications cliniques pouvant en découler.

Mots clés : Détresse psychologique, Fonctionnement conjugal, Santé physique, Couple, Âgés

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le vieillissement de la population est largement répandu à travers le monde et entraîne, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de nombreux enjeux socioéconomiques en créant notamment une plus grande pression sur les régimes de retraite, le réseau de la santé et les services en soins longue durée (OMS, 2012). L'augmentation de l'espérance de vie ainsi que du taux de survie des personnes âgées et une diminution des taux de fécondité et de mortalité contribuent largement au vieillissement de la population (ISQ, 2013; OMS, 2012). Le Québec n'est pas à part de ce phénomène mondial où l'on constate une augmentation de la population vieillissante depuis les dernières décennies. L'arrivée de la génération des « *baby-boomers* » dans la tranche d'âge des 65 ans et plus depuis 2011 intensifie l'augmentation de la population vieillissante (ISQ, 2013). Au 1^{er} janvier 2013, les personnes de 65 ans et plus constituaient près de 17 % de la population du Québec et les récentes données démographiques révèlent que plus du quart de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus en 2031 (ISQ, 2013). En 2012, l'espérance de vie à 65 ans était de près de 19 ans chez les hommes et de 22 ans chez les femmes (ISQ, 2013). Ces données démographiques entraînent des défis importants en santé publique où il importe de maintenir le plus longtemps possible les aînés en bonne santé afin qu'ils continuent de contribuer au développement socioéconomique (OMS, 2012). De ce fait, on constate que les aînés vivent plus longtemps en bonne santé (Shields & Martel, 2006). Il importe donc de favoriser de meilleures conditions de vie chez cette population afin de retarder l'apparition de problèmes de santé physique entraînant des incapacités et une perte d'autonomie. Dans le cadre de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés, l'Axe de recherche en santé mentale et vieillissement du RQRV (septembre 2007) soutenait que l'amélioration des conditions de vie des aînés passe entre autres par une meilleure compréhension des problématiques en santé mentale lors du vieillissement. C'est à travers cette perspective que s'inscrit la présente thèse. En considérant que plus de la moitié des

personnes âgées du Québec vivent en couple (INSPQ, 2001), cette thèse vise plus précisément à mieux comprendre la situation de vie des couples âgés du Québec vivant à domicile et des facteurs contribuant à leur détresse psychologique.

1.1 Définition et prévalence de la détresse psychologique chez les âgés

Camirand et Nanhou (2008) soutiennent que la détresse psychologique se caractérise par un ensemble d'émotions négatives pouvant se présenter sous forme de symptômes dépressifs et anxieux. Plus spécifiquement, Ilfeld (1976) conceptualise la détresse psychologique à partir de symptômes dépressifs et anxieux, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Une revue des différentes études épidémiologiques réalisée par Feinson et Thoits (1986) montre que la prévalence de la détresse psychologique chez les âgés vivant à domicile varie entre 6 % et 37 %. Une étude de Blazer, Hugues et George (1987), réalisée auprès de 1300 âgés âgés de 60 ans et plus vivant dans différentes régions des États-Unis, révèle que 27 % des participants présentent des symptômes dépressifs et que près de 8 % satisfont les critères diagnostiques pour un trouble clinique de dépression. Plus récemment, Prévile *et al.* (2008) trouvent que près de 13 % de leur échantillon d'âgés canadiens vivant à domicile répondent aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) pour les troubles de dépression majeure et mineure¹, la manie, les troubles anxieux et la dépendance aux psychotropes. Camirand et Nanhou (2008) révèlent également que près de 19 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Cette prévalence s'élève à 15 % chez les hommes et à 21,6 % chez les femmes.

La présence de détresse psychologique n'est pas sans conséquence puisque des études rapportent un taux plus élevé de mortalité chez les individus présentant un niveau

¹ Le trouble de dépression mineure se définit par la présence des caractéristiques essentielles de la dépression (c.-à-d., afficher une humeur dépressive depuis au moins deux semaines ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités quotidiennes normalement pratiquées) et par la présence de deux à quatre des sept symptômes dépressifs associés. Dans le cadre de l'étude de Prévile *et al.* (2008), 5,7 % des participants âgés présentent un trouble de dépression mineure alors que 1,1 % ont un trouble de dépression majeure.

modéré ou sévère de détresse psychologique (Robinson, McBeth, & Macfarlane, 2004; Wilkins, 2005). Wilkins (2005) rapporte que chez les individus qui présentaient un degré élevé de détresse psychologique pour l'année 1994-1995, 62 % des hommes et 44 % des femmes étaient décédés en 2002-2003, alors que chez les personnes présentant un niveau moins élevé de détresse psychologique, le taux de mortalité s'élevait à 37 % chez les hommes et à 25 % chez les femmes. Cet auteur note toutefois que la relation entre la détresse psychologique et la mortalité n'apparaît plus significative chez les hommes lorsque l'on tient compte de la morbidité au départ de l'étude, alors que cette relation demeure significative chez les femmes.

1.2 Définition et caractéristiques du fonctionnement conjugal² chez les aînés

Différentes définitions pour décrire le fonctionnement conjugal ont été proposées au cours des dernières années. Tenant compte du nombre élevé d'études ayant recours à l'échelle d'ajustement dyadique (ÉAD; Spanier, 1976) dans le cadre de leur étude pour évaluer le fonctionnement conjugal (voir Graham, Liu, & Jeziorski, 2006), la définition proposée par Spanier (1976) est celle qui est la plus souvent retenue dans la littérature. Cet auteur définit le fonctionnement conjugal comme un ensemble de dimensions représentant les interactions conjugales à travers différentes situations de vie au sein du couple faisant référence à la satisfaction conjugale, à l'expression affective, à la cohésion et au consensus. Par ailleurs, un élément important à souligner est que, malgré le fait que l'ÉAD soit fréquemment utilisée pour mesurer le fonctionnement conjugal pour une diversité de population, aucune étude de validation de ce questionnaire n'est encore disponible chez les aînés.

L'évolution du fonctionnement conjugal au cours de la vie a fait l'objet de plusieurs études ces dernières années. Certains auteurs proposent une évolution linéaire décroissante (Umberson, Williams, Powers, Chen, & Campbell, 2005; Van

² Le terme fonctionnement conjugal utilisé dans le cadre de cette thèse représente un ensemble de termes rapportés dans la littérature faisant référence à la qualité de la relation conjugale (p. ex., satisfaction conjugale, ajustement dyadique, discorde maritale).

Laningham, Johnson, & Amato, 2001), alors que d'autres suggèrent davantage une relation curvilinéaire qui serait marquée par une diminution progressive du fonctionnement conjugal jusqu'à l'âge de la retraite où on constaterait par la suite une augmentation (Coyne & Benazon, 2001). Néanmoins, tel que le soulignent Vaillant et Vaillant (1993), l'étude de l'évolution du fonctionnement conjugal comporte des limites méthodologiques importantes, notamment sur le temps d'observation du fonctionnement conjugal (quelques années comparativement à toute une vie), du biais de rappel dû au choix des instruments de mesure utilisés et des caractéristiques inhérentes des échantillons représentant généralement de jeunes couples en santé.

Bien que le nombre d'études portant sur la vie de couple des personnes âgées demeure limité, certains auteurs suggèrent que la retraite entraîne différents changements susceptibles d'affecter la relation conjugale des aînés (Kim & Moen, 2001; Trudel, Turgeon, & Piché, 2000; Trudel, 2005). Le départ des enfants de la maison familiale, les problèmes de santé, l'augmentation du temps passé ensemble et la diminution du réseau social sont autant d'exemples d'événements qui peuvent constituer des éléments de tension entre les membres d'un couple et contribuer à l'augmentation des stressors conjugaux (Trudel *et al.*, 2000). Rosowsky (1999) fait un parallèle avec les stades développementaux d'Érikson et précise à ce sujet que chacun de ces stades entraîne des répercussions au sein du couple. Selon l'auteur, les couples aînés sont amenés à réévaluer leur relation conjugale au même titre qu'ils sont appelés à le faire sur le plan personnel, ce qui a une influence sur l'un et l'autre des processus d'évaluation. L'auteur soutient également que les couples âgés définissent progressivement leur conjoint comme une extension de soi et que des problèmes peuvent alors survenir lorsque les conjoints n'envisagent pas le changement de la même manière ou lorsque le style d'adaptation au changement du couple n'apparaît pas approprié par rapport aux défis à relever. Néanmoins, malgré la présence de stressors conjugaux potentiels au cours du vieillissement, des auteurs rapportent un meilleur fonctionnement conjugal chez les couples aînés comparativement aux plus jeunes couples (Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2009). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les couples aînés ont tendance

à présenter moins de sources de conflits et davantage de plaisirs que les couples plus jeunes (Levenson, Cartensen, & Gottman, 1993).

Enfin, un dernier élément à souligner est l'absence d'étude de validation de l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976) chez les personnes âgées. Or, ce questionnaire est fréquemment utilisé pour mesurer le fonctionnement conjugal autant en recherche qu'en clinique pour une diversité de population.

1.2.1 Fonctionnement conjugal et détresse psychologique

Il est reconnu que le fait de vivre en couple diminue le risque de présenter des symptômes dépressifs. Toutefois, tel que le souligne Weissman (1987), ce statut ne permet pas à lui seul de prévenir l'apparition de symptômes dépressifs. En effet, le fonctionnement conjugal apparaît jouer un rôle essentiel sur l'incidence de la détresse psychologique puisque cette auteure rapporte que les conjoints présentant une insatisfaction maritale sont vingt-cinq fois plus susceptibles d'être dépressifs que les couples satisfaits.

Une revue de la littérature, réalisée par Goldfard, Trudel, Boyer et Prévile (2007), permet de constater que la relation entre détresse conjugale et dépression est bien établie et que de récentes études laissent voir une relation similaire entre les difficultés conjugales et l'anxiété. Une étude réalisée au Québec auprès de 499 personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec leur conjoint à domicile montre que la détresse psychologique, telle que définie par la présence de symptômes anxieux et dépressifs, augmente de façon significative en fonction de la diminution du fonctionnement conjugal (Trudel, Goldfarb, Prévile, & Boyer, mai 2006). De façon générale, plusieurs revues de la littérature et études empiriques permettent de constater qu'en situation de détresse conjugale, le risque de présenter soit des symptômes dépressifs, anxieux, soit de la détresse psychologique apparaît plus élevé (p. ex., Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Beach & O'Leary, 1986, 1992; Bookwala & Franks, 2005; O'Leary, Riso, & Beach, 1990; Tower & Kasl, 1995, 1996a, 1996b;

Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2005). De plus, une étude de Bookwala et Jacobs (2004), réalisée auprès de trois cohortes de participants mariés de différents âges, montre que la relation entre le fonctionnement conjugal et les symptômes dépressifs est plus forte chez les aînés mariés que chez les jeunes mariés.

Bien que de nombreuses études rapportent une association entre la détresse psychologique et les difficultés conjugales, la majorité d'entre elles présentent un devis de recherche transversal qui n'inclut qu'un seul temps de mesure, ce qui ne permet pas de conclure à une direction précise de la relation entre ces variables, comme le soulignent Fincham, Beach, Harold et Osborne (1997). De plus, les études longitudinales examinant la relation entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique apparaissent d'autant plus rares chez les personnes aînées puisque plusieurs d'entre elles incluent des couples âgés de moins de 65 ans (Whisman & Uebelacker, 2009).

Seules quelques études longitudinales ont pu être recensées auprès des couples âgés. Une étude réalisée sur deux ans de Whisman et Uebelacker (2009), auprès de 1 869 couples dont l'un des conjoints est âgé d'au moins 50 ans, montre une relation bidirectionnelle entre la détresse conjugale et les symptômes dépressifs. Ainsi, la discorde conjugale au premier temps de mesure (T1) prédit significativement les symptômes dépressifs au cours du temps et inversement. Une autre étude longitudinale, réalisée cette fois sur une période de 15 mois auprès de 78 hommes âgés en moyenne de 61 ans, montre que seule la dépression prédit de manière significative la détresse conjugale au cours du temps (Ulrich-Jakubowski, Russel, & O'Hara, 1988). Il importe toutefois de préciser que les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence puisque seuls des hommes âgés ont participé à l'étude et qu'il est possible que cet échantillon ne soit pas représentatif de l'ensemble des couples aînés. Une méta-analyse de Proulx *et al.* (2007), qui inclut des études comprenant des échantillons cliniques et populationnels composés d'adultes ou de personnes aînées, montre que la relation entre qualité conjugale et bien-être

individuel³ (construit opposé à la détresse psychologique) est plus forte dans les études longitudinales utilisant la variable du bien-être individuel comme variable dépendante. Les auteurs soulignent toutefois l'importance de recourir à plus d'études longitudinales examinant ces variables.

Enfin, une étude longitudinale (2 ans) de Pruchno, Wilson-Genderson et Cartwright (2009a), réalisée auprès de patients hémodialysés âgés de 55 ans et plus et de leur conjoint, montre que la variation des symptômes dépressifs au cours du temps est associée à la satisfaction conjugale chez les deux membres du couple, alors qu'un changement de cette satisfaction ne tend pas à être associé aux symptômes dépressifs. Les auteurs de l'étude mentionnent toutefois que leur incapacité à trouver une relation bidirectionnelle entre les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale telle que rapportée dans d'autres études, peut s'expliquer par le fait que les participants sont mariés depuis longtemps ($M = 41,2$ ans) ou encore, par le fait que les participants doivent faire face à une maladie chronique. Il faut également considérer qu'au cours des années d'observation de cet échantillon clinique, la satisfaction conjugale a peu varié, ce qui a pu contribuer aux difficultés des auteurs à trouver une relation bidirectionnelle. Le nombre limité d'études réalisées auprès des couples âgés et la divergence des résultats laissent voir l'importance de poursuivre les recherches dans le domaine et tout particulièrement auprès de cette population grandissante.

1.3 Condition de santé physique chez les âgés

Il est reconnu que les problèmes de santé chronique augmentent avec l'âge (Turcotte & Schellenberg, 2007). Ceux-ci se réfèrent principalement aux maladies chroniques qui se définissent comme étant une « maladie de longue durée, stable ou évolutive, qui ne peut être guérie définitivement, mais pour laquelle la progression ou les symptômes peuvent être contrôlés » (Cazale & Dumitru, 2008, p. 1). David Butler-Jones (mars 2009) mentionne que 85 % des individus âgés de 65 à 79 ans et plus de

³ Selon Proulx *et al.* (2007), le bien-être individuel réfère à un construit plus global qui n'inclut pas seulement les symptômes dépressifs, mais également les dimensions d'estime de soi, de satisfaction à l'égard de la vie, du bonheur et de la santé physique.

90 % des personnes âgées de plus de 80 ans souffraient d'au moins une maladie chronique en 2005 au Canada. Les maladies chroniques les plus fréquemment rapportées chez les aînés sont les problèmes d'articulation (arthrite/arthrose/rhumatisme), l'hypertension et le diabète (Cazale, Fournier, Godbout, Dubé-Linteau, Dubé, & Murphy, 2014). Un nombre élevé de maladies physiques affecte négativement le bien-être d'un individu puisqu'il augmente le risque d'invalidité relié au statut fonctionnel (Joshi, Kumar, & Avasthi, 2003; Penninx *et al.*, 1996).

Mis à part les problèmes de santé chronique, Scultz *et al.* (1994) mentionnent que l'évaluation de la santé subjective constitue un autre élément important à considérer pour évaluer la santé générale d'une population. Cette méthode d'évaluation est souvent formulée sous la forme d'une question unique qui demande aux personnes d'évaluer leur perception de santé physique par rapport à d'autres personnes de leur âge (p. ex., « Par rapport à d'autres personnes de votre âge, comment évaluez-vous votre santé physique en général : excellente, très bonne, bonne, moyenne ou faible ? »). Selon l'OMS et la Commission Européenne pour la Santé, la question unique de la perception de santé constitue un indicateur utile de santé publique qui est fréquemment utilisé dans les enquêtes populationnelles (Bruin, Picavet, & Nossikov, 1996). Une méta-analyse de Pinquart (2001) indique que la santé subjective est un concept distinct, mais relié à la santé objective et qu'elle constitue un élément important à considérer dans les recherches en gérontologie. En effet, plusieurs études ont montré que chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques sévères ou d'incapacité physique, un certain nombre d'entre elles évaluaient leur santé comme étant bonne ou excellente (voir Bravell, Zarit, & Johansson, 2011). Selon Bravell *et al.* (2011), cette disparité suggère que les participants basent leur évaluation de la santé physique sur d'autres facteurs que seulement ceux attribuables à leur symptômes spécifiques et à leurs limitations fonctionnelles. Ces auteurs ajoutent qu'une des caractéristiques importantes de ce type d'évaluation subjective de la santé est qu'elle reflète des dimensions personnelles des participants telles que leurs stratégies d'adaptation et leur sentiment d'auto-efficacité. La perception de santé

apparaît d'autant plus importante à considérer puisque plusieurs études mentionnent qu'elle est associée à la mortalité (p. ex., Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997) et aux autres mesures de santé (Leinonen, Heikkinen, & Jylhä, 2002; Lee & Shinkai, 2003). Bien que l'on constate une diminution de la perception de santé physique avec l'âge (Turcotte & Schellenberg, 2007), les récentes données montrent que plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins un problème de santé chronique au Québec se décrivent en excellente ou très bonne santé physique, alors que 17 % décrivent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise (Cazale *et al.*, 2014).

1.3.1 Santé physique et détresse psychologique

Les recherches actuelles permettent de constater que l'augmentation du nombre de maladies chroniques est associée à une augmentation de la détresse psychologique (Joshi, Kumar, & Avasthi, 2003; Penninx *et al.*, 1996). Scott *et al.* (2007) ont examiné les données portant sur la condition de santé physique et de santé mentale auprès de 42 249 participants répartis à travers 17 pays et ils constatent que ceux-ci ont plus de risque de présenter une maladie chronique lorsqu'ils montrent un trouble dépressif ou anxieux ou un trouble comorbide anxieux-dépressif. Ces auteurs précisent que ce risque est plus élevé chez les participants présentant une comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs que chez ceux ne présentant que l'un ou l'autre de ces troubles psychologiques. Dans une même perspective, une étude de Penninx *et al.* (1996), réalisée auprès de 3 076 individus âgés de 55 à 85 ans, montre une relation positive entre le nombre de maladies chroniques rapportées et les symptômes dépressifs et anxieux. Plus précisément, ces auteurs trouvent que les symptômes dépressifs et anxieux sont rapportés plus fréquemment par les personnes atteintes d'arthrose, de polyarthrite rhumatoïde et chez celles ayant des antécédents d'infarctus. Considérant la perception de santé physique des participants, des chercheurs trouvent une association négative entre cette variable et la détresse psychologique chez les aînés (p. ex., Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen, & Heuft, 2004; Schulz *et al.*, 1994). Ainsi, Cockerham, Kunz et Lueschen (1988)

trouvent dans leur étude, réalisée auprès de 1204 Américains et 1266 Allemands, que des niveaux élevés de détresse psychologique, d'anxiété ou de dépression sont associés à une moins bonne perception de leur santé physique.

Bien que peu d'études réalisées auprès de couples âgés aient été recensées, une étude longitudinale réalisée sur 12 ans de Yorgason, Booth et Johnson (2008) auprès de 801 couples âgés de 24 à 76 ans, montre que le déclin de la santé physique est associé à un plus grand changement du fonctionnement conjugal chez les personnes âgées de moins de 50 ans, comparativement à celles âgées de 50 ans et plus. Selon les résultats de l'étude, les personnes âgées de 50 ans et plus sont moins susceptibles de rapporter un déclin de leur fonctionnement conjugal à la suite d'une diminution de leur santé physique et sont plus susceptibles de rapporter une augmentation de leur fonctionnement conjugal que les participants plus jeunes. Ces résultats laissent croire qu'il existe une différence liée à l'âge quant à l'association entre la santé physique et la relation conjugale. Il est possible que les couples âgés soient moins influencés par le déclin de leur santé physique puisqu'ils tendent à présenter un meilleur ajustement dyadique que les couples plus jeunes (Goldfarb *et al.*, 2009). Dans un tel contexte de déclin de la santé physique au cours du vieillissement, il est possible qu'un bon fonctionnement conjugal puisse constituer un facteur de protection contre les symptômes de détresse psychologique (Kim & McKenry, 2002; Weissman, 1987).

1.3.2 Santé et détresse psychologique : effet modérateur du fonctionnement conjugal

Dans cette perspective, cinq études examinant le rôle modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation entre la santé physique et la détresse psychologique chez les couples âgés ont été recensées (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006; Tower, Kasl & Moritz, 1997; Waldinger & Schultz, 2010). Dans l'ensemble, les résultats de ces études montrent que le fonctionnement conjugal peut exacerber, s'il est dysfonctionnel, ou diminuer l'effet de la santé physique sur les difficultés psychologiques, jouant ainsi un rôle modérateur entre ces variables. Par exemple, Bookwala et Franks (2005) ont réalisé une étude auprès de 1 044 personnes

âînées mariées afin d'observer l'effet modérateur de la qualité de la relation conjugale sur la relation entre les incapacités physiques et les symptômes dépressifs. La qualité de la relation conjugale a été mesurée selon trois variables distinctes, soit le désaccord conjugal, le bonheur conjugal et le temps passé ensemble. Les résultats montrent que seul le désaccord conjugal constitue un élément modérateur dans la relation entre l'incapacité physique et les symptômes dépressifs. Toutefois, il est possible que le fait d'avoir eu recours à une question unique pour évaluer le bonheur conjugal et le temps passé ensemble explique la raison pour laquelle les auteurs n'ont pas trouvé d'effet d'interaction significatif entre ces variables. Dans une même perspective, une étude de Mancini et Bonanno (2006), réalisée auprès d'un échantillon de 1532 participants âgés en moyenne de 69 ans présentant de grandes incapacités physiques, montre qu'un niveau plus élevé de proximité conjugale diminue l'effet des incapacités physiques sur la détresse psychologique des participants.

Il importe toutefois de souligner les limites méthodologiques des études recensées puisque certaines d'entre elles n'incluent pas de devis longitudinal (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005) ou si cela est fait, elle se déroule sur une période de temps aussi petite que huit jours (Waldinger & Schulz, 2010). Seuls Tower *et al.* (1997) incluent un devis longitudinal dans leur étude s'étendant sur une période de trois ans. De plus, en majorité, ces études n'incluent pas les deux membres du couple dans leur recherche (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006) et, lorsque cela est fait, aucune analyse dyadique n'est réalisée, ce qui ne permet pas de voir l'influence réciproque entre les conjoints et de contourner les problèmes statistiques de non-indépendance des données (Tower *et al.*, 1997). Aussi, certaines études incluent uniquement un échantillon présentant une maladie chronique spécifique (Bookwala, 2011; Tower *et al.*, 1997) ou de grandes limitations fonctionnelles (Mancini & Bonnano, 2006), ce qui ne permet pas de généraliser les résultats aux aînés vivant à domicile présentant des conditions de santé diverses. En plus de ces limites, plusieurs de ces recherches examinent uniquement la santé physique objective (p. ex., statut fonctionnel ou nombre de maladies chroniques)

alors qu'il serait également utile d'examiner la perception de la santé des participants pour évaluer plus globalement leur santé. À cet égard, une étude de Waldinger et Schultz (2010) montre que la satisfaction conjugale joue un rôle modérateur entre la faible perception de la santé physique et le bonheur vécu au jour le jour auprès d'un échantillon d'octogénaires vivant en couple.

Il apparaît important, compte tenu du nombre limité d'études recensées et des limites méthodologiques exposées, d'explorer davantage le rôle modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation entre la santé physique et la détresse psychologique auprès de couples âgés vivant à domicile. Un tel effet modérateur permettrait sans doute de mieux comprendre comment certains couples s'adaptent plus facilement à la maladie que d'autres. Burman et Margolin (1992) ainsi que Turgeon, Boisvert, Ladouceur et Tremblay (1999) soutiennent d'ailleurs qu'une meilleure compréhension de ce mécanisme d'adaptation permettrait de définir des interventions plus efficaces.

1.4 Stress et tracas quotidiens chez les aînés

Les chercheurs reconnaissent généralement deux catégories de stress, soit les événements de vie stressants et les tracas quotidiens (Almeida, Piazza, Stawski, & Klein, 2011). Bien que les événements de vie stressants réfèrent à une intensité de stress élevée, ils demeurent circonscrits dans le temps (p. ex., divorce, mariage, décès d'un être cher) et apparaissent être moins fortement corrélés au bien-être des individus que les tracas quotidiens (p. ex., Landreville & Vezina, 1992). Les tracas quotidiens, pour leur part, se réfèrent aux demandes irritantes et frustrantes survenant tous les jours tels des interactions conjugales négatives, le stress au travail et des inquiétudes liées à des problèmes de santé physique (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). L'effet du stress lors du vieillissement ne fait pas consensus auprès des chercheurs puisque certains proposent que les aînés s'adaptent mieux au stress comparativement aux personnes plus jeunes, alors que d'autres soutiennent la théorie inverse (voir Almeida *et al.*, 2011). Les tracas quotidiens les plus fréquemment

rapportés chez les aînés touchent leur santé physique, leurs proches (famille/amis) et leurs finances personnelles (Doucet, Ladouceur, Freeston, & Dugas, 1998; Jeon, Dunkle, & Roberts, 2006).

1.4.1 Tracas quotidiens et détresse psychologique

Plusieurs auteurs rapportent une association positive entre les tracas quotidiens et la détresse psychologique (p. ex., Holahan, Holahan, & Belk, 1984; Landreville & Vézina, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Monroe, 1983; Serido *et al.*, 2004). Néanmoins, peu d'études se sont attardées à l'effet des tracas quotidiens chez les aînés et plus particulièrement auprès des couples âgés. Une recension des écrits d'Ensen, Peek, Lin, et Lai (1996) rapporte que, chez les aînés, le stress apparaît contribuer grandement à la variation des symptômes dépressifs. Bien que l'effet des tracas quotidiens chez les couples semble être un domaine de recherche de plus en plus fréquemment étudié (Randall & Bodenman, 2009), seule une étude réalisée auprès des couples âgés a pu être recensée (Sandberg & Harper, 2000). Les résultats de cette étude, réalisée auprès de 535 couples âgés entre 55 et 75 ans, montrent qu'un plus grand niveau de stress engendré par les tracas quotidiens est associé à plus de symptômes dépressifs chez les hommes et les femmes. Par ailleurs, plusieurs éléments survenant au cours du vieillissement (p. ex., l'augmentation du temps passé ensemble, l'incidence de problème de santé) sont susceptibles d'accroître les sources de tracas quotidiens et d'ainsi augmenter la détresse psychologique chez les couples aînés.

1.5 Changement de la détresse psychologique

Non seulement il importe de mieux comprendre les facteurs contribuant à la détresse psychologique au cours du temps chez les couples âgés, mais il apparaît également essentiel de mieux comprendre les facteurs associés aux changements de la détresse psychologique. Peu d'études ont pu être recensées auprès des couples âgés pour décrire le changement de la détresse psychologique dans cette population. Parmi les

quelques études recensées, les résultats tendent à indiquer que le changement de la détresse psychologique est associé au changement de la santé physique et du fonctionnement conjugal des participants de différents âges (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Karney, 2001; Miller, Townsend, & Ishler, 2004; Pruchno, *et al.*, 2009b). Concernant les tracasseries quotidiennes, aucune étude examinant la relation entre cette variable et le changement de la détresse psychologique n'a pu être recensée, que ce soit auprès de jeunes couples ou auprès de couples âgés. Dans l'ensemble, la recension des écrits reflète l'importance de poursuivre les études en ce sens afin de mieux comprendre les facteurs contribuant au changement de la détresse psychologique chez les couples âgés. Une meilleure compréhension de ces facteurs permettra de mieux prévenir et d'intervenir auprès des couples âgés et d'ainsi favoriser une meilleure qualité de vie chez ceux-ci.

1.6 Différences liées au genre et action réciproque des conjoints

Mis à part l'examen des relations entre le fonctionnement conjugal, les tracasseries quotidiennes, la santé physique et la détresse psychologique chez les couples âgés, il importe également de s'attarder aux différences liées au genre et à l'action réciproque des conjoints. En effet, Camirand et Nanhou (2008) trouvent que les femmes présentent davantage de détresse psychologique que les hommes. Chez les couples âgés, une étude de Goldfarb *et al.* (2009) montre que les femmes présentent plus d'insatisfaction conjugale que leur conjoint. De plus, Levenson *et al.* (1993) trouvent que chez les couples insatisfaits, les femmes présentent plus de problèmes de santé physique et de santé mentale que les hommes, alors que chez les couples satisfaits, aucune différence entre les genres n'est constatée. Enfin, une étude d'Hagedoorn, Sanderman, Ranchor, Brilman, Kempen et Ormel (2001) montre que chez les femmes, la détresse psychologique est associée à la fois à leur condition de santé physique et à celle de leur conjoint, alors que la détresse psychologique des hommes est associée uniquement à leur propre condition de santé. Considérant ces études, il apparaît important de considérer les différences liées au genre afin de parvenir à une meilleure compréhension des facteurs influençant le bien-être des individus.

Plus récemment, l'inclusion d'analyses dyadiques visant à observer l'interdépendance des conjoints a été intégrée dans les études portant sur les couples. L'interdépendance des conjoints vise essentiellement à mesurer l'influence des variables psychologiques et/ou de santé physique d'un conjoint sur la condition de santé de l'autre conjoint. Il importe toutefois de noter que ces études sont encore peu nombreuses (Proulx *et al.*, 2007) et tout particulièrement dans le domaine de la recherche chez les couples âgés. Certains auteurs se sont attardés plus spécifiquement à regarder l'effet de la maladie sur la relation conjugale et la détresse psychologique chez les deux partenaires. Chez les patients atteints de fibromyalgie, une étude de Bigatti et Cronan (2002) montre que les conjoints de ces patients présentent une plus faible santé physique et un degré plus élevé de dépression que les conjoints de participants en santé. Plus récemment, l'étude longitudinale (2 ans) de Pruchno *et al.* (2009b), réalisée auprès de patients hémodialysés et leur conjoint, montre que la perception de la santé des individus hémodialysés est associée négativement aux symptômes dépressifs de leur conjoint. En ce sens, une évaluation négative de leur santé physique est associée à plus de symptômes dépressifs chez leur partenaire de vie. De plus, cette étude révèle que le changement d'auto-évaluation de la santé de ces patients hémodialysés est davantage associé aux symptômes dépressifs de leur conjoint que le changement d'auto-évaluation de la santé des conjoints eux-mêmes.

Une étude de Yorgason, Almeida, Neupert, Spiro III et Hoffman (2006), réalisée auprès de 96 couples ne présentant pas de maladie physique spécifique, note également l'influence négative des problèmes de santé physique d'un conjoint sur l'humeur de l'autre partenaire. En effet, les auteurs trouvent que les symptômes physiques (p. ex., maux de tête, maux de dos, perte d'appétit, diarrhée, maux d'estomac, etc.) rapportés par les partenaires sont associés à plus d'humeur négative et à moins d'humeur positive chez l'autre conjoint.

De façon générale, ces études permettent de constater que la santé mentale et physique des conjoints de personnes malades est affectée par la présence de la

maladie. Il importe de souligner que la plupart de ces études ont recours à un échantillon clinique, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à une population de couples âgés vivant à domicile et présentant diverses maladies chroniques. De plus, peu de ces études ont regardé l'effet de la maladie en fonction de la relation maritale des deux partenaires.

Dans cette perspective, Sandberg et Harper (2000) ont réalisé une étude auprès de 535 couples âgés mariés et se sont intéressés aux effets des caractéristiques du conjoint sur l'incidence des symptômes dépressifs de l'autre partenaire. L'étude inclut des variables de santé physique, de détresse conjugale, des tracasseries quotidiennes et des symptômes dépressifs. Les résultats montrent que la détresse conjugale est significativement reliée à la sévérité des symptômes dépressifs chez les deux partenaires et que les symptômes dépressifs des femmes sont reliés à ceux de leur conjoint. Les résultats montrent également, à partir d'un modèle interactionnel, que la santé des conjoints est reliée indirectement aux symptômes dépressifs de l'autre partenaire. En effet, les auteurs notent que la santé des conjoints est reliée aux symptômes dépressifs de leur partenaire en fonction de la qualité de la relation conjugale. Ces auteurs soutiennent ainsi qu'une relation conjugale insatisfaisante due à la présence de problèmes de santé d'un conjoint est associée négativement aux symptômes dépressifs de l'autre partenaire, et ce, même si aucune relation directe n'existe entre la santé de l'individu et ses propres symptômes dépressifs. Bien que cette étude laisse voir l'importance de considérer les caractéristiques des deux conjoints dans l'analyse de la détresse psychologique chez les couples âgés, celle-ci comporte quelques limites. En effet, elle ne comprend pas de devis longitudinal, ce qui ne permet pas de conclure à une relation causale entre les variables étudiées. De plus, le faible taux de participation à cette étude (24 %) limite la généralisation possible des résultats à l'ensemble des couples âgés mariés puisqu'il est possible que seuls les couples en bonne condition de santé aient accepté de participer.

Ainsi, tel que le soutiennent Proulx *et al.* (2007), le nombre limité d'études ayant examiné l'action réciproque entre les conjoints et les résultats trouvés jusqu'à ce jour

illustrent bien l'importance de réaliser davantage de recherche afin de mieux comprendre les dynamiques conjugales et leur influence sur l'incidence de la détresse psychologique.

1.7 Objectifs et contenu de la thèse

L'objectif général de la présente thèse vise à mieux comprendre la situation de vie des couples aînés du Québec vivant à domicile et des facteurs contribuant à leur détresse psychologique.

Considérant l'absence de questionnaire validé auprès de couples aînés francophones mesurant leur fonctionnement conjugal, le deuxième chapitre de cette thèse consiste en une étude de validation de l'ÉAD de Spanier (1976) auprès des couples âgés vivant à domicile. Ce chapitre, articulé sous forme d'article scientifique, est intitulé « *Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older French-Canadians Living in Relationships* » et a été publié dans la revue *Canadian Journal on Aging*.

Le troisième chapitre a pour principal objectif d'examiner l'effet modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation longitudinale (18 mois) entre la santé physique et la détresse psychologique chez les aînés vivant en couple. Ce chapitre rédigé sous forme d'article scientifique est intitulé « *The Influence of Health over time on Psychological Distress among Older Couples: The Moderating Role of Marital Functioning* » et a été publié dans la revue *Sexual and Relationship Therapy*. En réponse aux limites des études recensées, cet article constitue la première étude de ce genre à être réalisée auprès de couples aînés en employant une méthodologie d'analyse dyadique et longitudinale, permettant ainsi d'examiner simultanément les effets de partenaires entre les conjoints et les différences liées au sexe.

Le quatrième chapitre décrit le changement de la détresse psychologique et des facteurs associés en regard aux changements du fonctionnement conjugal, de la santé physique et des tracasseries quotidiennes survenant au cours des 18 mois de l'étude. Ce

chapitre a pour titre « *Changement de la détresse psychologique chez les couples âgés vivant à domicile au Québec : Étude longitudinale* » et a été soumis pour publication à la *Revue québécoise de psychologie*. Il constitue la première étude examinant le changement de la détresse psychologique réalisée auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés vivant à domicile.

Enfin, le dernier chapitre apporte une discussion générale et une analyse critique des résultats découlant de la présente thèse et de ses principales forces et limites. S'ensuit une discussion sur les implications cliniques et de recherche résultant du projet doctoral. Des pistes de réflexion concernant le transfert de connaissance des résultats sont également formulées.

CHAPITRE II
DYADIC ADJUSTMENT SCALE: A VALIDATION STUDY
AMONG OLDER FRENCH-CANADIANS
LIVING IN RELATIONSHIPS
(ARTICLE 1)

Article publié dans la *Revue canadienne du vieillissement*

Laurence Villeneuve, Gilles Trudel, Michel Prévile, Luc Dargis, Richard Boyer and Jean Bégin (2014). « Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older French-Canadians Living in Relationships. » *Canadian Journal on Aging*, available on CJO2014. doi:10.1017/S0714980814000269.

Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older French-Canadians Living in Relationships

Laurence Villeneuve, B.Sc., Ph.D.(c)^{a,b}, Gilles Trudel, Ph.D.^{a,b,c}, Michel Prévile,
Ph.D.^{b,d,e}, Luc Dargis, M.Ps.^{a,b}, Richard Boyer, Ph.D.^{b,c,f}, Jean Bégin, Ph.D.^a.

^a*Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada*

^b*Mental Health Axis of Quebec Network for Research on Aging, Montréal, Canada*

^c*Fernand Seguin Research Centre, Montreal, Canada*

^d*Research Centre of Charles Lemoyne Hospital, Longueuil, Canada*

^e*Department of Community Health Sciences, Université de Sherbrooke, Longueuil, Canada*

^f*Department of Psychiatry, Université de Montréal, Montreal, Canada*

Correspondance address: Laurence Villeneuve, Department of Psychology,
Université du Québec à Montréal, P.O. Box 8888, Downtown Station, Montreal,
Quebec, Canada, H3C 3P8; Phone number: 514-987-3000, Fax: 514-987-7953, e-
mail: villeneuve.laurence@courrier.uqam.ca

This research was supported by grants to Dr. Gilles Trudel as the principal researcher from the Canadian Institute of Health Research (MOP – 81281), Mental Health Axis of Quebec Network for Research on Aging (Fonds Québécois de Recherche en Santé) and by Faculty of Human Sciences of Université du Québec à Montréal (trudel.gilles@uqam.ca). Laurence Villeneuve received a doctoral fellowship from “Les Fonds de Recherche en Santé du Québec”.

Abstract

The principal objective of this study, the first of its kind to use this population, is to describe the factor analysis and validity of the Dyadic Adjustment Scale (EAD) among 895 French Canadian seniors living as couples. A confirmatory factor analysis was carried out using structural equation modeling. Results support Spanier's hierarchical model questionnaire (1976). Results also indicate evidence of validity and reliability satisfactorily set aside for the Affective Expression subscale having a lower Cronbach alpha coefficient. The results also indicate strong validity of the scale according to indices of convergent and discriminant validity. Finally, a discussion is presented addressing considerations to be taken into account for using the questionnaire among older couples.

Key words: Dyadic Adjustment Scale, confirmatory factor analysis, validity, reliability, older couples

Résumé

L'objectif principal de cette étude est de décrire la structure factorielle et la validité de l'échelle d'ajustement dyadique (ÉAD) chez 895 aînés canadiens francophones vivant en couple. Il s'agit de la première étude du genre réalisée auprès de cette population. Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée à partir de la modélisation d'équation structurale. Les résultats soutiennent le modèle hiérarchique du questionnaire de Spanier (1976). Les résultats montrent également des indices de validité et de fidélité satisfaisants, mis à part pour la sous-échelle Expression Affective qui présente un coefficient Alpha de Cronbach plus faible. Les résultats indiquent également une bonne validité de l'échelle à partir des indices de validité convergente et discriminante. Enfin, une discussion abordant les considérations à prendre en compte pour l'utilisation du questionnaire chez les couples âgés est formulée.

Mots-clés : échelle d'ajustement dyadique, analyse factorielle confirmatoire, validité, fidélité, couples âgés

Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older People Living in Relationships

Marital adjustment appears to be an important aspect of well-being. Many authors have argued that it can be negatively associated to psychological distress (Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Beach & O'Leary, 1992; Bookwala & Franks, 2005; Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2007) and physical health (Bookwala, 2005; Booth & Johnson, 1994; Yorgason, Booth, & Johnson, 2008). As Graham, Liu, and Jeziorski (2006) reported, assessments of marital adjustment have led to the development of many questionnaires, like the Locke-Wallace-Marital Adjustment Test (Locke & Wallace, 1959), the Marital Satisfaction Scale (Roach, Frazier, & Bowden, 1981), and the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). The Dyadic Adjustment Scale (DAS) appears to be the most widely used questionnaire for the assessment of marital adjustment. Indeed, the authors of this study conducted a search in the PsychINFO database using the keywords "Dyadic Adjustment Scale" and found over 1,290 publications that use this questionnaire in their study.

The Dyadic Adjustment Scale stems from a combination of many questionnaire items measuring marital adjustment. Three judges were asked to evaluate some 300 items from the definition provided by Spanier (1976), who defined dyadic adjustment as a process that includes five degrees: troublesome dyadic differences, interpersonal tension and personal anxiety, dyadic satisfaction, dyadic cohesion, and consensus on the important aspects of marital adjustment. From these items, 200 were retained and administered to a population of married and separated people. Forty of these items discriminated between married people and those who were separated. Thereafter, Spanier (1976) conducted a factorial analysis and provided a final design for the DAS, including 32 items subdivided in four factors: Cohesion, Satisfaction, Consensus, and Affective Expression. The Cohesion subscale refers to the degree of agreement between partners regarding shared activities, while the Consensus subscale

indicates the degree of agreement between partners regarding different aspects of their lives, such as those involving money, friends, household tasks and time spent together (Spanier, 1989). Satisfaction refers to the low incident rate of quarrels, discussions of separation and negative interactions, while the Affective Expression subscale indicates the satisfaction level regarding sexuality and manifestations of tenderness (Spanier, 1989).

Over the years, many authors have challenged the structure of the DAS because it occasionally fails to reproduce the multidimensional model proposed by Spanier (1976). For example, Kazak, Jarmas, and Snitzer (1988) tried to replicate Spanier's model with a sample of 409 parents. The results of the factor analysis showed weak support for the existence of the 4 subscales, suggesting the presence of a single factor model representing a global factor of dyadic adjustment. These results are similar to those obtained by Sharpley and Cross (1982) in a sample of 95 unrelated married people. Other authors have failed to replicate the four-factor model, suggesting a three-factor model instead. Thus, a study by Antill and Cotton (1982), conducted with 176 married and cohabiting couples, found the existence of a strong single factor, but the authors were only able to extract three of the four DAS subscales: Consensus, Cohesion, and Satisfaction. Baillargeon, Dubois, and Marineau (1986) found similar results with an adapted French-Canadian DAS and reported that these three subscales seem to have relatively stable factors of dyadic adjustment. Nevertheless, several authors were able to replicate the four-factor model proposed by Spanier among different samples: recently separated people, along with heterosexual and homosexual couples (Spanier & Thompson, 1982; Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990; Kurdek, 1992). In line with the literature debating the structure of the DAS, Sabourin et al. (1990) proposed to conceptualize the DAS as a higher-order model of dyadic adjustment represented by four first-order factors hierarchically related to a second-order general factor. Indeed, these authors carried out a confirmatory factor analysis using structural equation modeling and found that the hierarchical model of

the DAS presented a better fit than the unidimensional model. The authors also found that the hierarchical model had a similar fit with the multidimensional model, but that the hierarchical model showed a better fit because no modification indexes were proposed. A study by Eddy, Heyman and Weiss (1991), conducted with 1,307 married men and 1,515 married women between the ages of 17 and 80, also found that the hierarchical solution best fit their data, as compared to the one-factor model. Moreover, a study by Vandeleur, Fenton, Ferrero, and Preisig (2003) found that the hierarchical model proposed by Sabourin et al. (1990) better fit the data, as compared to the Spanier's multidimensional model.

According to Sabourin et al. (1990), the inconsistent replications of the model proposed by Spanier (1976) can be explained by the fact that many studies used samples with different characteristics (e.g., separated vs. married), represented different nationalities (e.g., Australians vs. Americans vs. French-Canadians), and used different factor-analysis methods (e.g., exploratory factor analysis vs. confirmatory factor analysis). Considering the multitude of factors that can explain the inconsistent study results, it would seem important to test the Dyadic Adjustment Scale of Spanier (1976) across a variety of samples. To our knowledge, no study on the factorial structure of the DAS has been conducted among older adults, who represent a growing population. Moreover, we should not assume that older couples would express marital adjustment the way younger couples would.

In this way, some aspects of marital adjustment for older couples appear to be different when compared to those of younger couples because, as many authors have argued, the marital interaction of older couples appears to be slightly different than the interaction of younger couples, as older couples tend to exhibit more traditional gender roles along with fewer conflicts about children, finances and leisure time spent together, while using different sources of pleasure in their sexual relations (Dargis, Trudel, Cadieux, Villeneuve, Prévile, & Boyer, 2012; Norris, Snyder, & Rice, 1997).

Moreover, other authors have found that older couples show a high level of marital satisfaction compared to other studies with younger couples (Cartensen, Graff, Levenson, & Gottman, 1996; Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2009; Trudel, Villeneuve, Prévile, & Boyer, 2010). As suggested by Levenson, Cartensen, and Gottman (1993), this difference can be explained by the fact that older couples tend to have fewer sources of conflict and more sources of pleasure than younger couples. Some studies also found that older couples have fewer sources of disagreement, that their resolution of conflicts is less emotionally negative, and that they express more affection than middle-aged couples (Cartensen, Gottman, & Levenson, 1995; Levenson et al., 1993). Another study found that older couples perceive their spouse's behaviour more positively during disagreement interactions than younger couples (Story, Berg, Smith, Beveridge, Henry, & Pearce, 2007). That being said, the study claims that this age effect disappears when marital satisfaction is taken into account as a mediator, indicating that marital satisfaction explains the impact of age on the spouse's positive perception. Bookwala and Jacobs (2004) also showed that the association between marital satisfaction and depressive symptoms is stronger for older married couples than younger married couples. For most older couples, life after retirement increases the time they spend together. Studies examining trends in marital satisfaction throughout life have observed two main post-retirement scenarios (Trudel, Turgeon, & Piché, 2000). According to the first scenario, retirement is associated to many changes in the lives of older spouses (e.g., loss of their social network, children leaving the house), and these changes can lead to marital dissatisfaction. Inversely, and according to the second scenario, older spouses invest more of time in their relationship after retirement and the departure of their children, leading to an increase in marital satisfaction. In keeping with these scenarios, marital life seems to be a major part of life for older couples and is marked by a multitude of challenges.

Considering the specific characteristics of older couples, the main goal of the present study is to examine the reliability and validity of the French translation and adaptation of the DAS (Spanier, 1976) among a representative sample of older French-Canadians living in relationships. A confirmatory factor analysis using structural equation modeling was designed to examine the factorial structure of the DAS among older people. Moreover, this study examines the criterion-related validity of this questionnaire in relation to other relevant measures. Specifically, criterion-related validity is estimated with convergent and divergent validity. Perceived spousal support and psychological distress are used to measure the convergent validity because these variables are frequently reported as being related to marital functioning (e.g., Bradbury, Fincham, & Beach, 2000; Tower & Kasl, 1995; Whisman & Uebelacker, 2009). Divergent validity is assessed according to the number of years of cohabitation, which represents another construct of marital functioning. Indeed, recent studies have found no association between length of time and marital functioning among couples (see Vaillant & Vaillant, 1993; Van Laningham, Johnson, & Amato, 2001).

Method

Sample

The data stems from a prospective study of older couples aged 65 years or more and living within French-speaking Quebec communities. Participants were recruited through a stratified random sampling method and were classified according to metropolitan, urban and rural living environments. For budgetary and accessibility reasons, the older couples living in the northern and peripheral regions of the province were excluded (North Shore, Gaspé and Îles-de-la-Madeleine, Saguenay-Lac St-Jean, and Abitibi-Témiscamingue). These areas represented 10% of the Quebec population in 2005. Also excluded were participants presenting mild or severe cognitive impairments, that is, those who scored below 22 on the Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). In order to take part in this

study, participants had to be able to read and understand French (94% of the Quebec population spoke French in 2006), both spouses had to agree to participate, one of the spouses had to be 65 years old or over, and the couple had to have shared the same address for at least one year.

Couples selected by the sampling procedure were contacted by phone, and those wishing to participate in the study received a letter containing a description of the research project along with the interviewer's name and photograph. All participants were interviewed at their home (or in a place of their choice) by a nurse trained in research projects. Spouses were asked to answer the questions separately, and each spouse answered the marital and sexual questionnaires using a keypad to ensure confidentiality between the spouses and the nurse. A star appeared on the interviewer's computer screen to indicate that the participant had answered a question. Interviews were conducted between January 2008 and July 2008. Each couple received \$30 (in Canadian dollars) as an incentive for their participation. The response rate was 71.6% for a sample of 508 older couples ($N = 1,016$ participants). Of the initial sample, 88.09% of participants (women = 446, men = 449) answered all the questions on the DAS and statistical analyzes were performed using these participants. Demographic characteristics are presented in Table 1 and few significant gender differences have been found. Women were younger [$t(893) = 7.02, p < .001, \eta^2 = 5\%$] and had a lower level of education [$\chi^2(2, 895) = 17.04, p < .001$] than men.

- Insert Table 1 here -

Measures

Marital functioning is measured according to Spanier's Dyadic Adjustment Scale (1976). This questionnaire was translated into French and validated by Baillargeon et al. (1986) using a sample of younger couples. The questionnaire includes 32 questions representing four aspects of marital functioning (Consensus, Cohesion, Satisfaction, and Affective Expression). A higher score indicates a higher level of

marital functioning and total scores range between 0 and 151 points. The validation study conducted by Baillargeon et al. (1986) shows strong measurement reliability, with an internal alpha coefficient consistency of .91 for all items.

The perceived spousal support is measured using the Perceived Spousal Support Questionnaire (PSSQ; Guay & Miller, 2000; Manne, Taylor, Dougherty, & Kemeny, 1997), which measures the respondents' perception regarding the frequency of their spouse's behaviour support over the previous month. Behaviour support is measured according to 24 items split into two subscales: Perceived Positive Spousal Support (11 items) and Perceived Negative Spousal Support (13 items). Scores range between 11 and 44 points for the Perceived Positive Spousal Support subscale, and between 12 and 48 points for the Perceived Negative Spousal Support subscale. A higher score indicates a high perception of positive or negative spousal support. A validation study shows a high level of reliability with an internal alpha coefficient consistency of .87 and .85 for the Perceived Positive and Perceived Negative Spousal Support subscales, respectively (St-Jean-Trudel, Guay, & Bonaventure, 2003). In the present study, the internal alpha coefficient consistency equals .91 for the Perceived Negative Spousal Support subscale, and .88 for the Perceived Positive Spousal Support subscale.

Psychological distress is measured using the Quebec Health Survey's Index of Psychological Distress (IDPESQ-14), developed by Prévile, Boyer, Potvin, Perrault, and Légaré (1992). This questionnaire, adapted from the Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976), is designed to evaluate symptoms of depression, anxiety, irritability, and the cognitive problems experienced during the previous week. The version developed by Prévile et al. (1992) contains 14 items, and scores range between 0 and 100 points. It shows a high level of reliability with an internal alpha coefficient consistency of .89 for all items (Prévile et al., 1992). In the present study, the internal alpha coefficient consistency equals .84 for the entire sample.

Analysis

The confirmatory factor analysis was performed with correlations matrices, using a structural equation modeling strategy (Jöreskog & Sörbom, 1996) to test the hierarchical model proposed by Sabourin et al. (1990). The analyses were performed with AMOS 8.0 software and the model was estimated using the unweighted least square method (ULS). This method of estimation was chosen over the maximum likelihood because, as many authors have pointed out (e.g., Sabourin et al., 1990; Vandeleur et al., 2003), most of the questionnaire's items are significantly skewed. The fit of the model is evaluated using the goodness-of-fit index (GFI), the adjusted goodness-of-fit index (AGFI), the Parsimonious Goodness of Fit (PGFI), the standardized root mean squared residual (SRMR), along with modification indexes (MI). The GFI measures the proportion of variances and covariances explained by the model, while the AGFI takes into account the model's degree of freedom in the analysis. A GFI and AGFI value of close to 1.0 indicates a good fit and, according to Hu & Bentler, 1999, a value of .90 also indicates a good fit. According to Mulaik, James, Van Alstine, Bennett, Lind, and Stilwell (1989) a PGFI value of .50 or higher, combined with good GFI and AGFI values, indicates a parsimonious fit. The SRMR index indicates the average differences between the sample variances and covariances, along with those of the estimated population. A SRMR value of less than .10 appears satisfying (Kline, 2005). The MIs indicate the minimum improvements that the corresponding parameter could obtain if it was freed of estimation. Only MIs equal to or greater than 10 are considered to illustrate a significant change. Factor loadings are assessed for each DAS item to examine their contribution to the dyadic adjustment construct. According to Comrey and Lee (1992), a factor loading of .30 or lower indicates that the item contributes poorly to the related construct.

The criterion-related validity is estimated with convergent and divergent validity. Convergent validity refers to the degree to which the measure is similar to another

theoretically related measure (Hogan, 2003), although the divergent validity aims to check that these two theoretically different concepts can also be distinguished empirically (Hogan, 2003). To estimate convergent and divergent validity, Pearson's correlations between relevant measures were calculated and, as recommended by Tabachnick and Fidell (2007), normalized scores of these measures were used. The scale's reliability was calculated using Cronbach's alpha coefficient (Cronbach, 1951) for the assessment of internal reliability. Moreover, the reliability of the measures was calculated using Hancock's coefficient H, whose cut-off value should be .70, according to Hancock and Mueller (2001). The H score value indicates the percentage of variance explained by the items for each subscale as well as for the entire measure.

Results

Preliminary Analyzes

While some authors have performed separate validation studies for both women and men (e.g., Kazak et al., 1988; Antill & Cotton, 1982; Sabourin et al., 1990), the models used here were tested independently for each gender. However, our analyses found no gender differences. These results are in line with those of South, Krueger, and Iacono (2009), who found gender invariance in the structure of the DAS. As reported by these authors, the gender differences found with the DAS constitute a real mean difference rather than a measurement bias. Thus, this paper only presents the results of the combined sample.

A confirmatory factor analysis was conducted on the second-order model of the DAS, representing a combination of 32 items regrouped into four factors, which conceptualized the main factor of dyadic adjustment. To define the metric of latent variables, the first item's variance of each factor was set to 1.0 (Brown, 2006). Results shows that the model has a satisfying fit considering the GFI and that no MI has been proposed (see Table 2).

- Insert Table 2 here -

Factor Loadings

Factors loadings for each DAS item appear in Table 3. All factor loadings are greater than .30, except for items 17 (“How often do you or your partner leave the house after a fight?”), and 29 (“being too tired for sex”). As shown in Table 3, the factor loading for Item 17 is .26, and .27 for Item 29. According to Comrey and Lee (1992), these values indicate that such items contribute slightly to the concept of their subscales and more globally to the dyadic adjustment of older couples. The pattern of responses for Item 29 show that 84.65% of the sample answered “No” to the question, indicating a ceiling effect. Similar results were found for Item 17, in which 81.8% of older men and women answered “Never”.

- Insert Table 3 here -

Reliability

The reliability of each subscale and the total score of the measure was calculated using Hancock and Mueller’s coefficient H (2001). As reported in Table 3, the coefficient H of the Consensus subscale indicates that 87% is explained by the items. Moreover, this analysis reveals that 94% is explained by the 32 items of the DAS. The entire coefficient H is higher than Hancock and Mueller’s recommended cut-off point of .70 (2001), which ensures strong reliability for the DAS and its subscales.

Internal consistencies, as measured with Cronbach’s alpha, were calculated for each subscale and for the total score of the DAS. As shown in Table 4, Cronbach’s alpha coefficients appear satisfying for each subscale, varying between .61 and .87. The Affective Expression subscale shows fewer coefficient consistencies, with a Cronbach alpha of .61. This result appears to be insufficient when compared to the cut-off point of .70 proposed by Tavakol & Dennick (2011). The Consensus subscale shows a higher coefficient consistency, with a Cronbach alpha of .87. The total score shows high coefficient consistency, with a Cronbach alpha value of .90.

Criterion-related Validity

Criterion-related validity was examined with relevant measures like psychological distress and perceived spousal support. As indicated in Table 4, all of these measures appear to be significantly related to the DAS. Moreover, the divergent validity of the DAS with the number of years of cohabitation shows no significant relation between those measures, as expected.

- Insert Table 4 here -

Discussion

The main goal of this study is to conduct a confirmatory factor analysis of the DAS with a representative sample of older French-Canadians living in relationships. Results show that the second-order model of dyadic adjustment proposed by Sabourin et al. (1990) provides a satisfying fit among a sample of older people living in relationships, and is in keeping with other studies conducted with younger couples (e.g., Kurdek, 1992; Sabourin et al., 1990; Spanier & Thompson, 1982).

Results indicate a strong reliability of the scale with regard to Hancock and Mueller's coefficient H for each subscale and for the questionnaire as a whole. Moreover, internal consistencies appear to be satisfying for the DAS and its subscales, except for the Affective Expression subscale, whose reliability appears low compared to other studies (e.g., Graham et al., 2006; Sabourin et al., 1990; Spanier 1976). With regard to this result, it is possible that this subscale, composed of four items that measure affective and sexual components in the life of the participants, is less appropriate for older couples. Several authors pointed out that sexual behaviour changes with age and tends to refer more to behaviours of tenderness, which may reflect affection (Dargis et al., 2012; Jarousse, 1995; Trudel, 2002). Therein, it is interesting to note that Item 29, which asks about the level of agreement between partners on being too tired for sex, has the lowest factor loading for the Affective Expressive subscale. Conversely, Item 4, which asks about the level of agreement between partners on affective

expression, has the highest factor loading. Therefore, it is possible that the Affective Expression subscale is less reliable due to the specific characteristics of older couples. However, it is important to underline that the results of other studies conducted among various samples also reveal a lower reliability for this scale (Baillargeon et al., 1986; Kurdek, 1992; Graham et al., 2006). Some authors have explained the lack of reliability for this subscale by the fact that it is composed of four items showing low answered variability and use different scales (Graham et al., 2006; Kurdek, 1992). As underlined by Baillargeon et al. (1986), the total score of the DAS, as well as the Consensus, Cohesion and Satisfaction subscales, can be trusted and used independently. Moreover, these authors argue that this measurement appears effective for the assessment of the dyadic adjustment despite the gap observed for the Affective Expression subscale. In keeping with our results, the same recommendations can be made for older people. Item 17 of the Satisfaction subscale presents the lowest factor loading in the questionnaire. This result may be explained by a generation effect, in which the sampled couples do not commonly leave home after a fight. In fact, the majority of those sampled answered that they have never exhibited this behaviour. Thus, the questionnaire can still be used in its entirety for older couples, but clinicians and researchers must keep in mind that, while items 17 and 29 do not affect negatively the validity and reliability of the questionnaire as a whole, these issues are probably not relevant factors in the evaluation of marital adjustment in older couples. Further studies are needed to confirm the reliability of the Affective Expression subscale among older people living in relationships. Until then, no recommendations can be made for its sole use.

In addition to the reliability of the scale, this study also calculated the criterion-related validity of the DAS. As expected, the results for convergent validity show that measurements of spousal support are significantly related to the questionnaire among older couples. Moreover, as in many other studies (e.g., Beach et al., 2003; Beach & O'Leary, 1992; Bookwala & Franks, 2005; Goldfarb et al., 2007), psychological

distress is negatively related to the DAS. Discriminant validity also shows that this measurement is not related to the number of years of cohabitation. While the earlier literature proposes a curvilinear model of marital satisfaction over time, many authors do not support this model and fail to identify any relationship between length of time and marital functioning among couples (e.g., Vaillant & Vaillant, 1993; Van Laningham et al., 2001).

While all items, except items 17 and 29, show satisfying factor loadings, it may be of interest if further studies examined the relevance of items that do not necessarily reflect the overall realities of older couples. Indeed, this may be the case for Item 9 ("degree of agreement between spouses regarding ways of dealing with parents and in-laws"), as well as Item 15 ("degree of agreement between spouses regarding career decisions"). Clinicians and researchers should pay special attention to these items with regard to older couples in which both spouses are retired, and those in which certain parents or in-laws have died. These items may be changed or deleted to better reflect their reality. Item 9 could be replaced with a question on the degree of agreement between spouses regarding ways of dealing with children and grandchildren, while Item 15 could be replaced with a question measuring the agreement between spouses regarding retreat decisions in order to better represent their reality. The modification of questions could also be helpful for items 29 and 17 in order to improve the reliability of these items. Item 29 could be replaced with a question in line with Item 4, which evaluates tenderness. For example, this item could be written to evaluate whether or not the participant is too tired to express tenderness toward his or her spouse. According to Item 17, modifications could be made to assess how often the participant is not satisfied with the resolution of a fight. Although some modifications are proposed here, we must keep in mind that the study's items do not have a negative effect on the validity of the questionnaire, as represented by the factor loadings, nor do they adversely affect the reliability of the subscales, or the questionnaire as a whole.

To the best of our knowledge, this represents the first study examining the validity of the DAS among a representative sample of older people living in relationships. The DAS appears to measure adequately the marital adjustment of older people living in relationships. However, regarding the factor loadings of items 17 and 29, along with the reliability of the Affective Expression subscale, it seems that older couples may have specific characteristics that should be taken into consideration. Indeed, as reported by the low reliability score of the Affective Expression subscale, along with the low factor loading of Item 29, questions on sexuality should be reviewed to reflect expressions of intimacy more adequately when evaluating marital adjustment for this population. Moreover, it would be of interest if the questionnaire were not biased by a generation effect in which some items may be not relevant for this sample, as Item 17 seems to indicate. As underlined earlier, other studies must be done with older couples to confirm these hypotheses. Moreover, it would be interesting to test the validity of the DAS among a variety of older couples, such as those living in institutions. Further studies could also be conducted to examine the validity of a shorter version of the Dyadic Adjustment Scale with older people, as suggested by other authors using different samples (e.g., Antoine, Christophe, & Nandrino, 2008; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). Until then, the questionnaire can still be used in its entirety with older couples

References

- Antill, J. K., & Cotton, S. (1982). Spanier's Dyadic Adjustment Scale: Some confirmatory analyses. *Australian Psychologist*, 17(2), 181-189. doi: 10.1080/00050068208255933
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2008). Dyadic Adjustment Scale: Clinical interest of a revision and validation of an abbreviated form. *L'Encéphale*, 34, 38-46.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. [French translation of the Dyadic Adjustment Scale.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(1), 25-34. doi: 10.1037/h0079949
- Beach, S.R.H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G.H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 355-371.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1992) Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(4), 507-528.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 964-980. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Bookwala, J. (2005). The Role of Marital Quality in Physical Health During the Mature Years. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 85-104. doi: 10.1177/0898264304272794
- Bookwala, J., & Franks, M.M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: the main effects model. *The Journal of gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*, 60B, 338-341.
- Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, Marital Processes, and Depressed Affect. *The Gerontologist*, 44(3), 328-338. doi: 10.1093/geront/44.3.328

- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 218-223. doi: 10.2307/352716
- Cartensen, L.L., Gottman, J.M., & Levenson, R.W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140-149.
- Cartensen, L.L., Graff, J., Levenson, R.W., & Gottman, J.M. (1996). Affect in intimate relationships: The developmental course of marriage. In C. Magai & S.H. McFadden (Eds). *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp 227-247). San Diego, CA: Academic Press.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. doi: 10.1007/bf02310555
- Dargis, L., Trudel, G., Cadieux, J., Villeneuve, L., Prévile, M., & Boyer, R. (2012). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) and presentation of norms in older women. *Sexologies*, 21(3), 126-131.
- Eddy, J.M., Heyman, R.E., & Weiss, R.L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital "satisfaction" and "adjustment". *Behavioral Assessment*, 13, 199-220.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109-126. doi: 10.1080/14681990600861040
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2009). Marital adjustment and its association with gender and marital distress in old age. Paper presented at the 19th IAGG World Congress of Gerontology, Paris.

- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701-717. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
- Guay, S. & Miller, J-M., (2000). L'inventaire de soutien perçu, document inédit.
- Hancock, G., R., & Mueller, R.O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. In R. Cudeck, S. du Toit, & D. Sörbom, Eds., *Structural Equation Modeling: Present and Future* (pp.195-216). Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Hogan, P.T. (2003). *Psychological testing. A practical introduction*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228. doi: 10.2466/pr0.1976.39.3f.1215
- Jarousse, N. (1995). *Sexualité et vieillissement*. Eres.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8: user's reference guide*. Lincolnwood. IN: Scientific Software, Inc.
- Kazak, A. E., Jarmas, A., & Snitzer, L. (1988). The assessment of marital satisfaction: An evaluation of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 82-91. doi: 10.1037/h0080475
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 22-35. doi: 10.1037/0893-3200.6.1.22
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301-313. doi:

10.1037/0882-7974.8.2.301

- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living*, 21, 251-255. doi: 10.2307/348022
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125. doi: 10.1023/a:1025574626454
- Mulaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C.D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430-445.
- Norris, M. P., Snyder, D. K., & Rice, J. L. (1997). Marital satisfaction in older adults: A comparison of community and clinic couples. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3(2), 111-122.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec [Psychological distress: determining the reliability and validity of the measure used in the Quebec Health Survey]. Quebec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Government of Quebec.
- Roach, A. J., Frazier, L. P., & Bowden, S. R. (1981). The Marital Satisfaction Scale: Development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, 43(3), 537-546. doi: 10.2307/351755
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 333-337. doi: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief

- version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27.
- Sharpley, C. F., & Cross, D. G. (1982). A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 739-741. doi: 10.2307/351594
- South, S. C., Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2009). Factorial invariance of the Dyadic Adjustment Scale across gender. *Psychological Assessment*, 21(4), 622-628. doi: 10.1037/a0017572
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. doi: 10.2307/350547
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 731-738. doi: 10.2307/351593
- Spanier, G.B. (1989). Manual for the Dyadic Adjustment Scale. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems, Inc.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., Bonaventure, M. (2003). Social support and anxiety disorders: A pilot study. Communication presented at the 37th AABCT Annual Convention, Boston.
- Story, T.N., Berg, C.A., Smith, T.W., Beveridge, R., Henry, N.J.M., & Pearce, G. (2007). Age, marital satisfaction, and optimism as predictors of positive override in middle-aged and older married couples. *Psychology and Aging*, 22(4), 719-727.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10(4), 625-638. doi: 10.1037/0882-7974.10.4.625
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex &*

- Marital Therapy*, 28(3), 229-249. doi: 10.1080/009262302760328271
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381-406. doi: 10.1080/713697433
- Trudel, G., Villeneuve, L., Prévile, M., Boyer, R., & Fréchette, V. (2010). Dyadic adjustment, sexuality and psychological distress in older couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 306-315. doi: 10.1080/14681991003702583
- Vaillant, C.O., & Vaillant, G.E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion: A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 55(1), 230-239.
- Van Laningham, J., Johnson, D.R., & Amato, P.R. (2001). Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. *Social Forces*, 79(4), 1313-1341. doi: 10.1353/sof.2001.0055
- Vandeleur, C.L., Fenton, B.T., Ferrero, F., & Preisig, M. (2003). Construct validity of the French version of the Dyadic Adjustment Scale. *Swiss Journal of Psychology*, 62(3), 167-175. doi: 10.1024//1421-0185.62.3.167
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between Marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184-189. doi: 10.1037/a0014759
- Yorgason, J. B., Booth, A., & Johnson, D. (2008). Health, disability, and marital quality: Is the association different for younger versus older cohorts? *Research on Aging*, 30(6), 623-648. doi: 10.1177/0164027508322570

Table 1

Descriptive Data by gender

Demographic characteristics	All subjects (<i>n</i> = 895)	Women (<i>n</i> = 446)	Men (<i>n</i> = 449)
Age (<u>M</u> , <u>SD</u>)	73.9 (5.9)	72.6 (6.1)	75.3 (5.4)
Education (%)			
Elementary (0 – 7 years)	16.3	15.9	16.7
Secondary (8 – 15 years)	62.1	67.9	56.3
Post-secondary (16 – 30 years)	21.6	16.1	26.9
Nationality (%)			
Canadian	96.3	96.4	96.2
Others	3.7	3.6	3.8
Marital Status (%)			
Married	94.9	94.8	94.9
Common-law	5.1	5.2	5.1
Years of Cohabitation (<u>M</u> , <u>SD</u>)	45.7 (11.3)	45.6 (11.5)	45.8 (11.2)
Family Income (%)			
Less than 25 000\$	10.2	10.1	10.2
25 000 – 35 000\$	20.0	20.9	19.2
Higher than 35 000\$	59.0	56.3	61.7
<u>Missing</u>	<u>10.8</u>	<u>12.8</u>	<u>8.9</u>

Table 2

Goodness-of-fit statistics for the Dyadic Adjustment Scale.

	GFI	AGFI	PGFI	RMR	SRMR	MI
ALL (n = 895)	.981	.978	.86	.045	.044	0

Table 3

Standardized least-square estimations for DAS items, and reliability estimates for DAS subscales.

Items	Standardized factor loading	H score for scale	Cronbach's Alpha
Consensus		.87	.87
1	.53		
2	.52		
3	.36		
5	.53		
7	.51		
8	.65		
9	.45		
10	.68		
11	.70		
12	.68		
13	.53		
14	.65		
15	.51		
Cohesion		.73	.69
24	.42		
25	.47		
26	.65		

Table 3 (continued)

Cohesion (continued)			
27	.69		
28	.58		
Satisfaction		.81	.80
16	.49		
17	.26		
18	.54		
19	.69		
20	.55		
21	.41		
22	.60		
23	.47		
31	.62		
32	.60		
Affective expression		.76	.61
4	.81		
6	.70		
29	.27		
30	.45		
DAS (total)		.94	.90

Table 4
Convergent and divergent validity of the DAS.

	<u>M</u>	<u>SD</u>	1	2	3	4
1. Dyadic Adjustment Scale	118.48	15.97	---			
2. Positive spousal support (<i>n</i> = 891)	31.29	8.36	.209**	---		
3. Negative spousal support (<i>N</i> = 894)	18.94	6.67	-.631***	-.057	---	
4. Psychological distress	12.38	11.10	-.338**	.030	.361**	---
5. Years of cohabitation	45.67	11.32	.012	-.060	.038	-.004

** $p < .01$ *** $p < .0001$

CHAPITRE III
THE INFLUENCE OF HEALTH OVER TIME
ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS AMONG OLDER COUPLES:
THE MODERATING ROLE OF MARITAL FUNCTIONING
(ARTICLE 2)

Article publié dans la revue *Sexual and Relationship Therapy*

The Influence of Health over time on Psychological Distress among Older Couples: The Moderating Role of Marital Functioning

Laurence Villeneuve, B.Sc.^{a,b}, Gilles Trudel, PhD^{a,b}, Luc Dargis, M.P.S.^{a,b}, Michel Prévile,
Ph.D.^{b,c,d}, Richard Boyer, Ph.D.^{b,e},
Jean Bégin, Ph.D.^a

^a Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada

^b Axe Santé Mentale, Réseau Québécois de Recherche en Vieillesse, Montreal, Canada

^c Department of Community Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

^d Research Center of Charles Lemoyne Hospital, Longueuil, Canada

^e Department of Psychiatry, Université de Montreal, Montreal, Canada

Address correspondence : Laurence Villeneuve, Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Box 8888, Succ. Centre-Ville, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3P8; Phone number: n/a, Fax : 514-987-7953, e-mail : villeneuve.laurence@courrier.uqam.ca

Funding

This work was supported by grants to Dr Gilles Trudel (trudel.gilles@uqam.ca) as the principal researcher from the Canadian Institute of Health Research (MOP – 81281), Mental Health Axis of Quebec Network for Research on Aging and by Faculty of Human Sciences of Université du Québec à Montréal (trudel.gilles@uqam.ca). Laurence Villeneuve received a doctoral fellowship from “Les Fonds de Recherche en Santé du Québec”.

No conflict of interest

Abstract

This study examines the longitudinal links between self-rated health, chronic diseases, marital functioning and psychological distress over an 18-month period among a representative sample of 384 community-dwelling couples. The moderator role of marital functioning on the longitudinal association between physical health measurements and psychological distress will also be explored. Dyadic data analyses with structural equation modeling were performed. The results indicate that the number of chronic diseases and the level of marital functioning predict a significantly higher level of psychological distress for both men and women. Self-rated health significantly predicts psychological distress over time, but only among older women. No partner effects were found in the present study. Results show a significant moderator role for marital functioning on the longitudinal association between self-rated health and psychological distress among older women. This study underlines the importance of marital functioning and health status as predictors of further psychological distress among older couples.

Keywords: psychological distress, marital relationship, aging, self-rated health, number of chronic diseases.

The Influence of Health over time on Psychological Distress among Older Couples:

The Moderating Role of Marital Functioning

Introduction

Many changes occur in aging, such as the emergence of health problems, a decrease in functional status, retirement, and the loss of financial resources (Shields & Martel, 2006; Turcotte & Schellenberg, 2007). Studies reveal that many older people present psychological distress, depression symptoms or mental health disorders. In the United States, the U.S. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (July, 2010) reported that almost 18% of older women and 10% of older men presented clinical symptoms of depression in 2006. In Canada, Prévile et al. (2008) found similar results among a representative sample of 2,798 older adults living at home in Quebec, 12.7% of which meet the diagnostic criteria for depression, mania, anxiety disorders and benzodiazepines dependency. Considering that the majority of older people live as couples (Statistics Canada, 2007; U.S. Census Bureau, 2011), more studies should be conducted among this population in order to better understand the emergence of psychological distress in aging.

After retirement, many changes occur in the marital life of older couples, some of which can have negative effects on the couple's functioning, such as a redefining of the roles within the couple, a reduction of the couple's social network, children leaving home, and more time spent together (e.g., Kim & Moen, 2001; Trudel, Turgeon, & Piché, 2010). Many studies reveal that marriage can have a protective effect on mental health (e.g., Kim & McKenry, 2002; Weissman, 1987). However, some authors have pointed out that marriage itself is not a sufficient moderating factor against mental health problems. While a satisfactory marital relationship is a protective factor, an unsatisfactory marital relationship has the opposite effect (e.g., Levenson, Cartenson, & Gottman, 1993; Proulx, Helms, & Buelher, 2007; Sandberg & Harper, 2000; Sandberg, Miller, & Harper, 2002; Tower & Kasl, 1995, 1996a, 1996b).

Many authors have found a strong association between marital functioning and psychological distress (e.g., Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Beach & O'Leary, 1992; Bookwala & Franks, 2005; Tower & Kasl, 1995, 1996a, 1996b). However, with regard to research on marital functioning and psychological distress, the majority of those studies used transversal data rather

than longitudinal data. As underlined by Whisman and Uebelacker (2009), the majority of researchers who examined the longitudinal association between marital functioning and psychological distress conducted their studies with a sample of young couples. In addition, some authors argue that it is impossible to presuppose that results for younger couples will match those for older couples because, as reported by Levenson et al. (1993), older couples express greater pleasure and fewer conflicts than middle-aged couples.

Aging is generally marked by increasing health problems, such as a higher number of chronic diseases and disabilities (Shields & Martel, 2006). Many authors underline the detrimental impact of physical health on psychological distress (e.g., Joshi, Kumar, & Avasthi, 2003; Penninx et al., 1996; Pinquart, 2001; Scott et al., 2007; Schulz et al., 1994). However, very few studies have examined, in a longitudinal perspective, the effect of health and marital functioning on psychological distress among a sample of older couples living at home. In this context, it would appear important to examine whether or not marital functioning can play a moderator role against this effect. Five studies were found to address this topic among older people living together (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006; Tower, Kasl, & Moritz, 1997; Waldinger & Schultz, 2010). In summary, their results suggest that marital functioning can exacerbate the effects of health problems on psychological difficulties in dysfunctional relationships. On the other hand, a positive relationship can diminish these effects, thus playing a moderator role between those variables. For example, a study by Bookwala and Franks (2005), conducted among a representative sample of 1,044 older people living together (555 men and 489 women) reveals that marital disagreements moderate the association between disabilities and the depressed affect. Similarly, a study by Mancini and Bonanno (2006), conducted with a sample of 1,532 older participants with a high disability level, found that higher levels of marital closeness diminish the impact of functional disability on psychological distress. However, methodological gaps were identified within the studies surveyed, since many did not use a longitudinal design (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005), while others used a very short period of time between the test and the retest, -- some retest periods were as short as 8 days (Waldinger & Schulz, 2010). Also, certain studies did not include both spouses in the research (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006) and, for those that did; no dyadic data analysis was performed (Tower et al., 1997). This creates problems

for the non-independence of data between spouses. Moreover, many of these studies used samples with specific health conditions (Bookwala, 2011; Tower et al., 1997) and high disability levels (Mancini & Bonnano, 2006), limiting the generalisation of results to a representative sample of older couples living at home and exhibiting a variety of diseases and disabilities. In addition to these methodological gaps, a large portion of the research examined only number of chronic diseases or functional status as health measurement. Nevertheless, with regard to physical health, Schulz et al. (1994) reported that the participants' perception of their own health is another useful and quick method for rating the health of a population. According to Pinquart (2001), objective and subjective health evaluated, for example, by the self-reported number of chronic health conditions and the subjective interpretation of one's health appear to make up two distinctive dimensions of the broader concept of health. Both dimensions should be considered in gerontological research. Moreover, self-rated health is reportedly linked to depressive symptoms (Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen, & Heuft, 2004; Schulz et al., 1994), mortality (Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997), and objective health measurements (Leinonen, Heikkinen, & Jylhä, 2002; Lee & Shinkai, 2003). Furthermore, with regard to the moderator role of marital functioning, a study by Waldinger and Schulz (2010) found that higher levels of marital functioning diminish the impact of poorer self-rated health on daily happiness among a sample of octogenarian couples.

The main goal of this study was to examine the longitudinal role of marital functioning as a moderator effect on the longitudinal relationship between physical health (measured according to the self-reported number of chronic health conditions and self-rated health) and psychological distress among community-dwelling couples over an 18-month period.

In accordance with the data provided in the existing literature, the following hypotheses have been formulated:

1. A lower level of marital functioning at Time 1 (T1) will lead to a higher level of psychological distress at Time 2 (T2).
2. A higher level of physical health status, as measured by both number of chronic health conditions and the perception of health, at T1 will lead to a higher level of psychological distress at T2.

3. Marital functioning at T1 will moderate the association between the physical health status (T1) and psychological distress (T2) among older couple. More specifically, a lower level of marital functioning at T1 will exacerbate the longitudinal association between the physical health status and psychological distress.

Considering that many authors underline the impact of gender differences on marital functioning, psychological distress and physical health, gender differences are also examined in the present study. Indeed, few studies have found that the longitudinal effect of marital functioning on psychological distress is stronger for women than men (e.g., Beach et al., 2003; Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997). On the other hand, other studies have failed to identify any impact of gender differences on this longitudinal effect (e.g. Beach & O'Leary, 1992; Dehle & Weiss, 1998; Whisman & Ubelacker, 2009). With regard to physical health levels, a study by Levensen et al. (1993) reveals that, in unsatisfying relationships, women present more physical and mental health problems than men, while no such gender distinctions were found in satisfying relationships. In lines with the theory of symptom contamination between spouses suggested by Coyne et al. (1987), this study also examines partner effects between spouses. Examining partner effects helps to identify the effect of a person's score variable on their spouse's outcome variable.

Those research questions were also formulated on an exploration basis:

1. Do gender differences impact the longitudinal effect of marital functioning and physical health on psychological distress?
2. Do gender differences impact the moderator effect of marital functioning on the longitudinal association between physical health and psychological distress?
3. Do partner effects impact the longitudinal association between marital functioning and psychological distress?
4. Do partner effects impact the longitudinal association between physical health and psychological distress?

Methodology

The data was obtained from a longitudinal survey of community-dwelling older couples ($n =$

508) living in Quebec (ESA-Couple). This research project is part of a larger study conducted among Quebec's older people living at home (Enquête sur la santé des aînés (ESA); see Prévillé et al., 2008). From the 2,798 participants involved in the ESA core data, 1,358 were living as couples. Those living in relationships were contacted to participate in the ESA-Couple research project and were recruited from a stratified random sampling procedure conducted in three residential areas, namely, metropolitan (36%), urban (32%) and rural areas (32%). Inclusion criteria for this study involved the following: Participants were required to read and understand French, to be in a relationship, to be living at home with their spouse for at least one year, and both spouses had to agree to participate. Moreover, at least one spouse had to be 65 years old or over, and both spouses were required to exhibit no moderate or severe cognitive impairments, as defined by the Mini Mental State Examination described in Folstein, Folstein, and McHugh (1975). The minimum score required for participation was 22. At the time of the first measurement (T1), the study included 508 older couples, and 390 couples at T2; approximately 18 months later (a range of 16-21 months). The response rate equalled 72% and the attrition rate equalled 23%. The dropout rate was primarily caused by the participants' refusals to participate, or to the fact that the couples failed to meet the selection criteria (e.g., they relocated or separated; one spouse dropped out due to illness or death). Ethical approval of the project (No. 061886) for both measurement periods was obtained from the Ethics Committee of the *Université du Québec à Montréal*.

Procedure

During both measurement periods, the couples that were selected through the sampling procedure were contacted by phone, and those wishing to participate in the study received a letter containing a description of the research project, along with the interviewer's name and photograph. All participants were interviewed at their home (or in a place of their choice) by a nurse trained in research projects.

Each interview was conducted separately and each spouse answered marital and sexual questionnaires using a keypad to ensure confidentiality between the spouses and the nurse. An asterisk appeared on the interviewer's computer screen when a participant answered a question. As an incentive, each couple received \$30 for participating in the study.

Instruments of Measurement

Marital functioning was measured by the Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976). This questionnaire was translated to French and validated by Baillargeon, Dubois, and Marineau (1986). It includes 32 questions representing four aspects of marital functioning: Consensus, Cohesion, Satisfaction, and Affective Expression. A higher score indicates a higher level of marital functioning, and total scores range between 0 and 151 points. The validation study by Baillargeon et al. (1986) shows strong measurement reliability, with an internal alpha coefficient consistency of .91 for all items. Similar results were obtained by Spanier (1976). In this study, the internal coefficient consistency for all items at T1 equals .88 for older men, and .91 for older women. Similar results were obtained at T2. A confirmatory factor analysis supports the validity of the structure proposed by Spanier among a sample of older couples (Villeneuve, Prévile, Trudel, & Boyer, December 2010). In accordance with recommendations by Sabourin, Bouchard, Wright, Lussier, and Boucher (1988), only the total score was used in this study.

The participant's self-reported health status was assessed using a measurement based on an inventory of chronic health conditions contained in the International Classification of Diseases (ICD-10). This measurement assesses the health of a participant by using a list of 19 chronic conditions based on ICD-10, a commonly-used procedure (e.g., Bennett, 2005; Chipperfield, 1993). Many authors have used this as an objective health measurement (e.g., Angner, Ray, Saag, & Allison, 2009; Capeliez et al., 2004; Tower et al., 2007). All participants were asked to answer if the display showed one or more sets of chronic diseases. Another global measure of health was used to assess the perception of health as evaluated by the participant. Self-rated health was evaluated with a single question, asking participants to estimate their level of health by comparing it to others of the same age ("When comparing yourself to other people of your age, would you say that your physical health is generally: excellent, very good, good, average, or poor?"). This question has often been used in other studies (e.g., Chipperfield, 1993; Dening, Chi, Brayne, Huppert, Paykel, & O'Connor, 1998).

Psychological distress was measured using the Quebec Health Survey's Index of Psychological Distress (IDPESQ-14), developed by Prévile, Boyer, Potvin, Perrault, and Légaré (1992). This questionnaire, adapted from the Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976), is designed to

evaluate symptoms of depression, anxiety, irritability, as well as the cognitive problems experienced during the previous week. The version developed by Prévile et al. (1992) is shorter by comparison. It contains 14 items that represent a more parsimonious concept of psychological distress when compared to the original version, which includes 29 items. Scores range between 0 and 100. A higher score indicates a higher level of psychological distress. A validation study shows a high level of reliability, with an internal alpha coefficient consistency of .89 for all items (Prévile et al., 1992). In the present study, the internal alpha coefficient consistency at T1 equals .79, and .86 for both older men and older women, respectively. Similar results were obtained at T2.

Statistical Analysis

Research on couples must take the non-independence of the data between spouses into consideration because they are reputed to share similar characteristics (Kenny, Kashy, & Cook, 2006). To counter the data's non-independence between spouses, dyadic data analyses were performed using structural equation modeling with AMOS 8.0 software. This type of analysis allows for the simultaneous testing of both actor and partner effects. As described by Kenny et al. (2006), actor effects provide information on the association between two variables of the same participants (e.g., the effects of the participant's marital functioning at T1 on psychological distress at T2), while partner effects provide information on the relationship between participant variables and spousal variables (e.g., the effects of the participant's marital functioning at T1 on the spouse's psychological distress at T2). Moreover, using structural equation modeling, gender differences can be examined in the same analysis, which increases the statistical power.

The hypotheses were tested using structural equation modeling strategies with nested models (Bentler & Bonnett, 1980). According to this analytical strategy, the first model (M_0) represents a complete independence model between dependant and independent variables. It was used as a reference model to evaluate the fit of the hypothetical model (M_1), which represents the hypotheses. Based on the results obtained at this stage, a second model (M_2) was tested, one that represents a more parsimonious model and a better fit. To evaluate the moderator effect, an interaction term was calculated by the product of the standardized marital functioning and each component of the health status (i.e., objective health and self-rated health).

To estimate the models' parameters, the maximum estimation likelihood method (ML) was used. To examine the fit of the model against the data, the chi-square test was used, in which a non-significant result indicates an acceptable fit. This means that the model can adequately replicate the sample covariance matrix. However, as underlined by Kline (2005), this kind of test is very sensitive to sample size. In order to compensate for the large sample size contained in this study, a normed chi-square test was used (Kline, 2005). The normed chi-square test represents the chi-square value divided by the number of degrees of freedom (χ^2/df). Ratios lower than 3 indicate a satisfactory fit (Carmines & McIver, 1981). To evaluate the goodness-of-fit of the models, the root mean square error of approximation (RMSEA) was used, along with the adjusted goodness-of-fit index (AGFI). A RMSEA value below .08 indicates a satisfying fit, and an AGFI value above .90 also indicates a good fit (Kline, 2005). In accordance with Bollen (1989), chi-square value difference tests ($\Delta \chi^2$) were used to compare the models. This test indicates the improvement percentage obtained between theoretical and baseline models. To examine gender differences between significant path coefficients on actor and partner effects, the critical difference ratios (C.R.) provided by AMOS 8.0 were used between parameters. Considering the high degree of freedom in the intra-group variance, C.R. values can be interpreted as a Z score. All estimated parameters presented here have been standardized and a significance level of 5% was used for the study.

Regarding the hypotheses, two separate models were tested for each component of the health status; the first model tested the moderator role of marital functioning on the longitudinal association between objective health (number of chronic diseases) and psychological distress (M_2), while the second model tested the moderator role of marital functioning on the longitudinal association between subjective health (self-rated health) and psychological distress (M_2').

Results

Preliminary Analysis

A review of the missing data indicates that one participant had not answered the question on self-rated health, which led to the elimination of both the participant and her spouse. Moreover, considering that a multivariate normal distribution was assumed with ML, univariate and

multivariate normal distributions were examined. Results show a non-normal univariate distribution on the variables and, in accordance with Tabachnick and Fidell (2007), transformations were applied. After the normalisation of the variables, multivariate distribution was examined and five participants appeared to be multivariate outliers. These participants and their spouses were eliminated, reducing the final sample to 384 couples. Concerning the question of self-rated health, it was not possible to normalise this variable. The question was therefore subdivided into two groups: those who perceived their health as excellent or very good when compared to others of the same age (246 men and 216 women), and those who perceived their health as good, fair or poor (138 men and 168 women). This subdivision was based on the idea that a participant who claimed to have good, fair or poor health when compared to others of the same age perceived their health more negatively than the other group of participants who evaluated their own health as either excellent or very good.

Subsequent analyses were performed to examine the appropriateness of including age, family income and length of relationship as control variables, but none of these were statistically significant with regard to psychological distress among men and women. However, to maintain the comparison between models, and because chronic diseases and self-rated health are reportedly correlated (Leinonen et al., 2002; Lee & Shinkai, 2003), self-rated health and the number of chronic diseases were introduced in both model as control variables.

Demographic characteristics are presented in Table 1 and few significant gender differences have been found. Wives appear to be younger [paired t -test(383) = -12.03, $p < .001$, $\eta^2 = 27\%$] with lower levels of education [$\chi^2(2, 788) = 19.74$, $p < .001$] than their husbands. Descriptive data is shown in Table 2 and results indicate that women express more psychological distress [T1: paired t -test(383) = -4.81, $p < .001$, $\eta^2 = 6\%$; T2: paired t -test(383) = -4.81, $p < .001$, $\eta^2 = 6\%$] and lower levels of marital functioning [T1: paired t -test(383) = 4.27, $p < .001$, $\eta^2 = 5\%$; T2: paired t -test(383) = 4.46, $p < .001$, $\eta^2 = 5\%$] than their husbands. No gender differences appeared regarding the number of chronic diseases between both measurement periods [T1: paired t -test(383) = -1.87, $p = .063$; T2: paired t -test(383) = -1.71, $p = .089$]. However, wives evaluated their own health more negatively at T1 than their husbands [$\chi^2(1, 768) = 4.89$, $p = .027$, $\eta^2 = 1\%$], but no such gender difference appears at T2 [$\chi^2(1, 767) = 2.24$, $p = .134$]. Over time, no

significant change were found regarding marital functioning among husbands [paired t -test(383) = -0.09, p = .929] and wives [paired t -test(383) = .231, p = .817]. Similar results were found regarding the number of chronic diseases in husbands [paired t -test(383) = 1.06, p = .292] and wives [paired t -test(383) = 1.24, p = .217]. For psychological distress, no differences appear for wives [paired t -test(383) = -1.62, p = .105], but husbands show a significant increase in psychological distress over time [paired t -test(383) = -2.58, p = .01, η^2 = 2%]. For self-rated health, wives evaluated their health more negatively at T2 than at T1 [$\chi^2(1, 384)$ = 117.66, p < .001, η^2 = 31%]. The same result was found for husbands [$\chi^2(1, 383)$ = 70.61, p < .001, η^2 = 18%].

- Insert Table 1 here -

- Insert Table 2 here -

Moderator Effect of Marital Functioning on the Number of Chronic Disease

The first model tested included the moderator effect of marital functioning on the association between the number of chronic diseases at T1 and psychological distress at T2. Table 3 shows that the hypothetical model (M_1) presents a better fit than the complete independence model (M_0), which assumes no association between variables. However, the goodness-of-fit indexes of M_1 suggest that the model could be improved by eliminating non-significant parameter estimates. Thus, all parameter estimates were examined and eliminated one by one by forcing them to be equal to "0" when they were not significant for either gender. This procedure has been used to facilitate comparison between men and women.

Regarding non-significant parameters, all partner effects appeared to be non-significant between the exogenous and endogenous variables and were therefore eliminated. Moreover, the interaction terms between the number of chronic diseases and marital functioning were not significant for both genders and were therefore eliminated. The final model (M_2) is presented in Figure 1. Results suggest that, when the chi-square differences of the tests are examined, the elimination of the non-significant parameters does not deteriorate the model significantly, but it does improve the goodness-of-fit statistics (see Table 3). According to this final model, results show that the number of chronic diseases at T1 can significantly predict psychological distress for wives at T2 (β = .20, p < .001), as well for husbands (β = .16, p = .003). This explains the respective 4.03% and 2.56% variance value obtained. No gender difference was found (Z = .80, p

= .42). After an 18-month period, marital functioning can significantly predict psychological distress for wives ($\beta = -.36, p < .001$), and for husbands ($\beta = -.25, p < .001$). This explains the respective 13.09% and 6.19% psychological distress variance values obtained. No gender difference was found ($Z = -1.96, p = .050$). Self-rated health can significantly predict psychological distress for older wives ($\beta = -.10, p = .036$), but not for older husbands ($\beta = .04, p = .466$). Significant gender differences were found ($Z = -2.01, p = .044$). The self-rated health of older wives explains 1.02% of the psychological distress value obtained over time. With regard to the main goal of this study, and contrary to what was expected, no significant interaction terms between the number of chronic diseases and marital functioning over an 18-month period were found for older husbands and wives. In short, this model can predict the respective 8.36% and 20.14% of their psychological distress at T2 for both husbands and wives.

- Insert Table 3 here -

- Insert Figure 1 here -

Moderator Effect of Marital Functioning on Self-rated Health

The second model tested included the moderator role of marital functioning on the longitudinal association between self-rated health status and psychological distress. Table 4 presents the goodness-of-fit statistics of the hypothetical model (M_1') as compared to the independent model (M_0'). M_1' appears to provide a better fit than M_0' . However, regarding the goodness-of-fit statistics of M_1' , this model can be improved. All non-significant partner effects were eliminated one by one and this significantly improved the final model (M_2') when compared to M_1' (see Table 4). The final model is illustrated in Figure 2. Marital functioning can significantly predict psychological distress over time for older husbands ($\beta = -.26, p < .001$) and wives ($\beta = -.35, p < .001$). This variable explains the respective 6.69% and 12.31% of their psychological distress at T2. No significant gender difference was found ($Z = -1.62, p = .105$). Self-rated health at T1 can significantly predict psychological distress at T2 for older wives ($\beta = -.10, p = .032$). This explains the 1.06% of their psychological distress. However, among husbands, self-rated health at T1 does significantly predict psychological distress at T2 ($\beta = 0.04, p = .481$), and this gender difference appears to be significant ($Z = -2.02, p = .043$). Concerning the number of chronic diseases, this variable can significantly predict psychological distress at T2 for older husbands ($\beta = .16, p = .003$) and wives ($\beta = .21, p < .001$). This explains the respective 2.42% and 4.20% variance values obtained. No gender difference was found ($Z = 0.90, p = .368$). Regarding the

interaction term between marital functioning and self-rated health, a significant interaction was found among older wives ($\beta = -.09, p = .045$). This explains 0.81% of the variance. Among husbands, this interaction was not significant ($\beta = .04, p = .400$) and gender differences were found ($Z = -2.02, p = .043$). This model can predict the respective 20.42% and 8.91% of their psychological distress at T2 for husbands and wives at T2.

- Insert Table 4 here -

- Insert Figure 2 here -

For the interpretation of the interaction term, the marital functioning of older wives was subdivided into two groups on ± 1 standard deviation of the means ($SD = 16.14$). The strength of the correlation between self-rated health at T1 and psychological distress at T2 for older wives was studied for both subdivisions. Surprisingly, results show that, for older wives, self-rated health at T1 is unrelated to psychological distress at T2 when marital functioning is low ($r = -.195, p = .116$), but the same variables are significantly related when marital functioning is high ($r = -.489, p < .001, \eta^2 = 24\%$). Results show significant differences between those correlations [$t\text{-test}(121) = 7.26, p < .001, \eta^2 = 30\%$]. As illustrated by Figure 3, for older women with a high level of marital functioning, psychological distress is significantly higher when they have a less positive view of their health than when they have a high positive view of their health [$t\text{-test}(55) = 4.15, p < .001, \eta^2 = 24\%$]. Among wives with lower levels of marital functioning, no significant differences were found regarding psychological distress in relation to self-rated health [$t\text{-test}(64) = 1.56, p = .12$].

- Insert Figure 3 here -

Discussion

As expected, variables surrounding marital functioning along with the self-reported number of chronic diseases and self-rated health can significantly predict psychological distress in women and men living in relationships over an 18-month period. Higher levels of marital functioning can predict lower level of psychological distress for both genders. This result supports the marital discord model of depression (Gotlib & Beach, 1995), which proposes that marital difficulties lead to less adaptive behaviour and an increase in negative behaviour which, in turn, increases psychological distress. These findings are consistent with other studies conducted with couples (e.g., Proulx et al., 2007; Villeneuve, Trudel, Dargis, Prévile, Boyer, & Bégin, accepted; Whisman & Uebelacker, 2009). A recent study also found that negative marital support is related

to further psychological distress for both older men and women living in relationships (Trudel, Dargis-Damphousse, Villeneuve, Boyer, & Prévile, 2013). In this way, marital functioning appears to play a pivotal role in the well-being of older couples, as reported by Levenson et al. (1993). Gender differences were found and it appears that the longitudinal link between marital functioning and psychological distress is stronger for wives than for husbands. These findings are similar to those of other studies (e.g., Beach et al., 2003; Fincham et al., 1997). As reported by Fincham et al. (1997), this result may be explained by the fact that, compared to husbands, wives tend to be more relationship-oriented and feel more responsible for making their marriage work. Consistent with other studies (e.g., Joshi et al., 2003; Penninx et al., 1996; Scott et al., 2007), this study also found that a higher number of chronic diseases is significantly related to psychological distress occurring later on for husbands and wives, at times as much as 18 months into the future. For this link, no gender differences were found, meaning that the number of chronic diseases seems to have the same impact on psychological distress for both genders over time. Concerning self-rated health, this variable can significantly predict psychological distress at T2 for wives only, underlying an important gender difference. It appears that the groups of wives who evaluated their health as excellent or very good when compared to others of the same age had less psychological distress 18 months later than those who evaluated their health less positively (that is, good, fair, or poor). These findings are consistent with other studies, which found a significant association between self-rated health and psychological well-being (Cappeliez et al., 2004; Schneider et al., 2004; Schulz et al., 1994). With regards to the disablement process model identified by Verbrugge and Jette (1994), it is possible that wives who perceive their health less positively than others are less confident in their capacity to respond to environmental demands which, in turn, exacerbates their psychological distress over time. Other studies will have to be undertaken to support this hypothesis.

One of the main strengths of this study is the examination of partner effects between variables. However, contrary to the theory of symptom contamination proposed by Coyne et al. (1987), no partner effects were found to impact measurements surrounding the number of chronic diseases and self-rated health, as with the impact of marital functioning on psychological distress in the longitudinal perspective. These results may seem surprising considering the fact that spouses tend to share similar characteristics (Kenny et al., 2006), but we must keep in mind that our

sample was composed of representative older couples living at home with, on average, lower levels of psychological distress, higher levels of marital functioning, few chronic diseases and, globally, a positive view of their health. It may be possible that partner effects can only be revealed in samples with more psychological or conjugal distress, or those with more disabilities. Moreover, in our sample, it is possible that partner effects could be detected with another kind of measurement, since well-being better represents their global characteristics of functioning.

The second goal of this study is to examine the moderator role of marital functioning on the association between health measurements and psychological distress over an 18-month period. Contrary to our hypotheses, marital functioning does not moderate the impact of the self-reported number of chronic diseases on psychological distress over time for both wives and husbands. This finding may appear to be in contrast with other studies, which found that marital functioning can have a moderator effect between those variables. However, we must keep in mind that the majority of these studies were conducted with cross-sectional data (Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006) and a sample exhibiting specific diseases and higher levels of disability (e.g., Mancini & Bonanno, 2006; Tower et al., 1997). Moreover, at the exception of the study of Tower et al. (1997) who used cognitive measure, very few studies examined the influence of the moderator effect of marital functioning on the longitudinal relation between physical health and psychological distress. On this point, we tested the hypothesis that the moderator effect of marital functioning between objective health measurements and psychological distress only exists transversely. However, results show no significant moderator effect for either gender. In line with these findings, it is possible that marital functioning may only have a moderator effect among older couples with more chronic diseases or disabilities. Considering our findings, further studies should be conducted with older couples to better understand the context in which marital functioning plays a moderator role between objective health and psychological distress. For example, it may be interesting to conduct studies that compare older couples exhibiting a lower functional status against older couples exhibiting a higher functional status.

Concerning the self-rated health measurements, a weaker interaction term was found with marital functioning for older women only. An examination of the interaction term led to

surprising results because the longitudinal association between self-rated health and psychological distress is stronger for older women with higher levels of marital functioning than it is for those with lower levels of marital functioning. It seems that a less positively perceived health has more impact over time on psychological distress for women with higher levels of marital functioning, which leads us to think that older women have more room to react to lower stressors. Indeed, the present study shows that, overall, marital functioning has the biggest impact on psychological distress, suggesting that, among women with lower levels of marital functioning, marital functioning represents the main source of psychological distress, which decreases the impact of new stressors, such as poorer health perception. This result may suggest the existence of a ceiling effect and seems to support the stress reactivity model proposed by Steptoe (1991). This model states that the reactivity to stress will depend on many variables, such as the characteristics of the stressor (e.g., chronicity, intensity, complexity) and the availability of resources to deal with this stressor (e.g., coping skills, social support, personality). As reported earlier, another explanation of the interaction effect may involve the fact that women tend to be more relationship-oriented. It is possible that women with higher levels of marital functioning show more psychological distress when they have a lower perception of their health, as compared to those with higher levels of self-rated health, because they anticipate further difficulties when responding to environmental demands.

As for the objective health measurements, we examined transversely the moderator effect of marital functioning on the link between self-rated health and psychological distress. However, no significant moderator effect was found for either gender, suggesting that the moderator effect of marital functioning found among older wives only existed longitudinally. Thus, negatively perceived health might constitute a prodromal symptom of further difficulties, like marital dissatisfaction or psychological distress. Further studies are needed to better understand this result. Among older men, the main effects of self-rated health, like their interaction term effect, is not related to their psychological distress. These findings can be explained by the fact that the older men in our study had lower levels of psychological distress and a very positive view of their health, which probably left fewer opportunities to find negative effects for self-rated health on psychological distress over time.

The strengths and limitations of this study must be underlined. Firstly, it is impossible to generalise the results by applying them to older couples living in institutions, or to those suffering from specific chronic health conditions, because they are underrepresented in our sample. Secondly, objective health is assessed by a self-reported health measurement and may involve recall bias. Also, this kind of measurement does not assess disease severity, which may be more strongly related to psychological distress. Although this measurement has the potential to introduce recall bias, it is often used in the context of epidemiological studies, where cost and time are limited (e.g., Angner et al., 2009; Capeliez et al., 2004; Tower et al., 2007). Some may also criticise the fact that self-rated health is assessed by means of a single question. However, as underlined by Cappeliez et al. (2004), using a single question to evaluate self-rated health allows for the assessment of health in a global manner. Considering the characteristics of the sample, results may only be generalised for older French-Canadians heterosexual couples living at home. Further studies have to be made among older couples from other countries or cultures, such as older Haitian-Canadian couples, because they are underrepresented in the present study. The same recommendation can be made for older homosexual couples. With regard to its strengths, this study includes a representative sample of older couples living together. It also includes dyadic analyses that consider data dependency between spouses, which represents a major strength when compared to other studies. Indeed, because both spouses were recruited, it was possible to examine partner effects, which was never done in previous studies examining the moderator role of marital functioning between health status and psychological distress. Moreover, this study examines the moderator effect of marital functioning on the association between physical health measurements and psychological distress from a longitudinal perspective. Finally, this study assesses health in a broad manner, using both objective and self-rated health measurements.

In summary, these findings underline the importance of marital functioning and health on further psychological distress for both genders. It can be expected that promoting chronic disease prevention and marital interventions to increase marital functioning would contribute to less psychological distress over time among older couples. For women, a less positive view of their health has a negative impact on their psychological distress, underlining the importance of taking women's perception of their own health into account. It may be of interest if health professionals

were to ask older women the same single question about their health perception to be more attentive to further psychological distress. Moreover, it appears that the emergence of this stressor among older women with a less positive view of their health has a more profound impact on psychological distress for those with higher levels of marital functioning than it does for those with lower levels of marital functioning. These findings suggest how important it is to pay special attention to the evaluation of marital functioning among those women. It suggests the same for older men with lower levels of marital functioning, because they are more at risk of showing further psychological distress. To our knowledge, this study is the first to use a representative sample of older couples in order to examine the longitudinal association between marital functioning, health and psychological distress through dyadic analysis. However, we have to take into account the fact that the majority of participants in the study were in good health, had lower levels of psychological distress and higher levels of marital functioning, which limits our results to older couples with similar characteristics.

Funding

This work was supported by grants to Dr Gilles Trudel (trudel.gilles@uqam.ca) as the principal researcher from the Canadian Institute of Health Research (MOP – 81281), Mental Health Axis of Quebec Network for Research on Aging and by Faculty of Human Sciences of Université du Québec à Montréal (trudel.gilles@uqam.ca). Laurence Villeneuve received a doctoral fellowship from “Les Fonds de Recherche en Santé du Québec”.

References

- Angner, E., Ray, M.N., Saag, K.G., & Allison, J.J. (2009). Health and happiness among older adults: A community-based study. *Journal of Health Psychology, 14*, 503-512.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science, 18*(1), 25-34.
- Beach, S.R.H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G.H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355-371.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1992) Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy, 23*(4), 507-528.
- Bennett, K.M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal on Ageing, 2*, 48-55.
- Bentler, P.M., & Bonnett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*, 588-600.
- Benyamini, Y., & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on aging, 21*(3), 392-401.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equation with latent variables*. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. New-York: Wiley, 514 pages.
- Bookwala, J. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *The Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66*(5), 605-616.
- Bookwala, J., Franks, M.M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: the main effects model. *The Journal of gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences, 60B*, 338-341.
- Cappeliez, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P., Préville, M., & Scientific Committee of ESA Study (2004). *Ageing International, 29*(3), 247-266.
- Carmines, E.G., & McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariances structures. In G.W. Bohmstedt & E.F. Borgatta, Eds., *Social measurement: current issues* (pp.65-115). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems.

- Journal of Aging and Health*, 5(4), 475-496.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B., & Greden, J.F. (1987). Living with a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347-352.
- Dehle, C., & Weiss, R. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of marriage and the family*, 60, 1002-1011.
- Dening, T.R., Chi, L.Y., Brayne, C., Huppert, F.A., Paykel, E.S., & O'Connor, D.W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Aging*, 27, 23-33.
- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T., & Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression : different causal relationship for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351-356.
- Folstein, M.F., Fostein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gotlib, I.H., & Beach, S.R.H. (1995). A marital/family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. In N.S. Jacobson, & A.S. Gurman (Eds), *Clinical handbook of couple therapy*, New-York: Guilford Press, pp.411-436.
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228
- Joshi, K., Kumar, R., & Avasthi, A. (2003). Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *International Journal of Epidemiology*, 32, 978-987.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., & Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York: The Guilford Press, p. 458.
- Kim, H.K., & McKenry, P.C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, 23, 885-911.
- Kim, J.E., & Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subjective well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 10(3), 83-86.

- Kline, R.B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd). New York : Guilford Press.
- Lee, Y. & Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 63-76.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 79-92.
- Levenson, R.W., Cartensen, L.L., & Gottman, J.M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301-313.
- Mancini, A.D., & Bonanno, G.A. (2006). Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging*, 21(3), 600-610.
- Penninx, B.W., et al. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases : does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, 40(5), 521-534.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., et al. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1991). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. [Psychological distress: determining the reliability and validity of the measure used in the Quebec Health Survey]. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Proulx, C.M., Helms, H.M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being : A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Sabourin, S., Bouchard, G., Wright, J., Lussier, Y., & Boucher, C. (1988). L'influence du sexe sur l'analyse factorielle de l'échelle d'ajustement dyadique [The influence of sex on factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale]. *Science et comportement*, 18, 187-201.

- Sandberg, J.G., & Harper, J.M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging and Mental Health*, 4(3), 210-222.
- Sandberg, J.C., Miller, R.B., & Harper, J.M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51(3), 256-264.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H-G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schulz, R., Mittelman, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of aging and health*, 6(4), 419-447.
- Scott, K.M., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical condition: Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120.
- Shields, M., & Martel, L. (2006). Des aînés en bonne santé. [Healthy Living among Seniors. Health Report]. Rapport sur la santé [Health Report]. Vol. 16, supplement. Retrieved from <http://dsp-psd.tpsqc.qc.ca/Collection/Statcan/82-003-SIF2005000.pdf>.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: news scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Statistics Canada (2007). « Aînés » [Elderly], *Annuaire du Canada*, Statistics Canada Catalogue no. 11-402-XPF, Ottawa, p.21-34.
- Steptoe, A. (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 633-644.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistic*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625-638.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996a). Depressive symptoms across older spouses: Longitudinal influences. *Psychology and Aging*, 11, 683-697.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996b). Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 51B(3), 115-129.

- Tower, R.B., Kasl, S.V., Moritz, D.J. (1997). The influence of spouse cognitive impairment on respondents' depressive symptoms: The moderating role of marital closeness. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(5), S270-S278.
- Trudel, G., Dargis-Damphousse, L., Villeneuve, L., Boyer, R., & Prévile, M. (2013). Marital support, psychological distress, and disability among community-dwelling older couples : A longitudinal study. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(4), 350-363.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2010). Sexual and marital aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 316-341.
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2007). *Un portrait des aînés au Canada : 2006*, [A portrait of Seniors in Canada: 2006] product n° 89-519-XIF in index of Statistic Canada, Ottawa.
- U.S. Census Bureau (2011). Current Population Survey. Annual Social and Economic Supplement. Retrieved from <http://www.census.gov.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/>
- U.S. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (July 2010). Older Americans 2010: Key indicators of well-being. Retrieved from http://www.agingstats.gov/agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2010_Documents/Docs/OA_2010.pdf
- Verbrugge, L.M., & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social, Science, & Medicine*, 38(1), 1-14.
- Villeneuve, L., Prévile, M., Trudel, G., & Boyer, R. (2010, December). *Validation study of dyadic adjustment scale among community-dwelling French elderly couples*. Poster session presented at the congress of the Canadian Association on Gerontology, Montreal.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Prévile, M., Boyer, R., & Bégin, J. (accepted). Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18-month period. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Waldinger, R.J., & Schulz, M.S. (2010). What's love got to do with it? Social Functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 25(2), 42-431.
- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. (2009). Prospective associations between marital discord

and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184-189.

Table 1

Demographic Characteristics of Participants as baseline (n = 384 older couples).

Demographic characteristics	Men	Women
Age (<i>M, SD</i>)	75.1 (5.2)	72.3 (6.0)
Education (%)		
Elementary (0-7 years)	18.2	14.1
Secondary (8-15 years)	53.9	69.5
Post-secondary (16-30 years)	27.9	16.4
Nationality (%)		
Canadian	96.9	96.6
Others	3.1	3.4
Marital Status (%) [†]		
Married		94.9
Common-law		5.1
Years of cohabitation (<i>M, SD</i>)		44.8 (12.1)
Family Income (%)		
Less than 25 000 \$		9.9
25 000 - 35 000 \$		20.8
Higher than 35 000 \$		59.1
<i>Not available</i>		10.2

[†]*Note.* Results concerning marital status, years of cohabitation and family income were combined for men and women because they refer to conjugal unity.

Table 2

Descriptives data of men and women at both times of measure (n = 384 couples).

Variables	T1		T2	
	Men	Women	Men	Women
Marital Functioning				
Mean (<i>SD</i>)	121.20 (14.49)	117.62 (16.14)	120.99 (15.63)	117.58 (15.40)
Minimum	70	55	61	67
Maximum	149	149	148	151
Number of Chronic Diseases				
Mean (<i>SD</i>)	3.18 (2.04)	3.43 (2.11)	3.10 (2.05)	3.34 (2.11)
Minimum	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	11
Psychological Distress				
Mean (<i>SD</i>)	9.77 (8.80)	13.70 (11.94)	10.95 (9.96)	14.71 (12.73)
Minimum	0	0	0	0
Maximum	61.90	73.81	59.52	73.81
Self-rated Health (%)				
Excellent-Very Good	64.06	56.25	59.27	53.91
Good, Fair, Poor	35.94	43.75	40.73	46.09

Table 3

Goodness-of-fit statistics for nested models of the first model tested (Marital functioning X Number of chronic diseases).

	χ^2	df	χ^2/df	AGFI	RMSEA	90% C.I. for RMSEA	$\Delta \chi^2$
M_0	462.30	45	10.27	0.74	0.16	0.14-0.17	
M_1	51.33	15	3.42	0.90	0.08	0.06-0.10	410.97**
M_2	67.06	29	2.31	0.93	0.06	0.04-0.08	15.73

C.I. = Confidence Interval.

** $p < .01$.

Table 4

Goodness-of-fit statistics for nested models of the second model tested (Marital functioning X self-rated health).

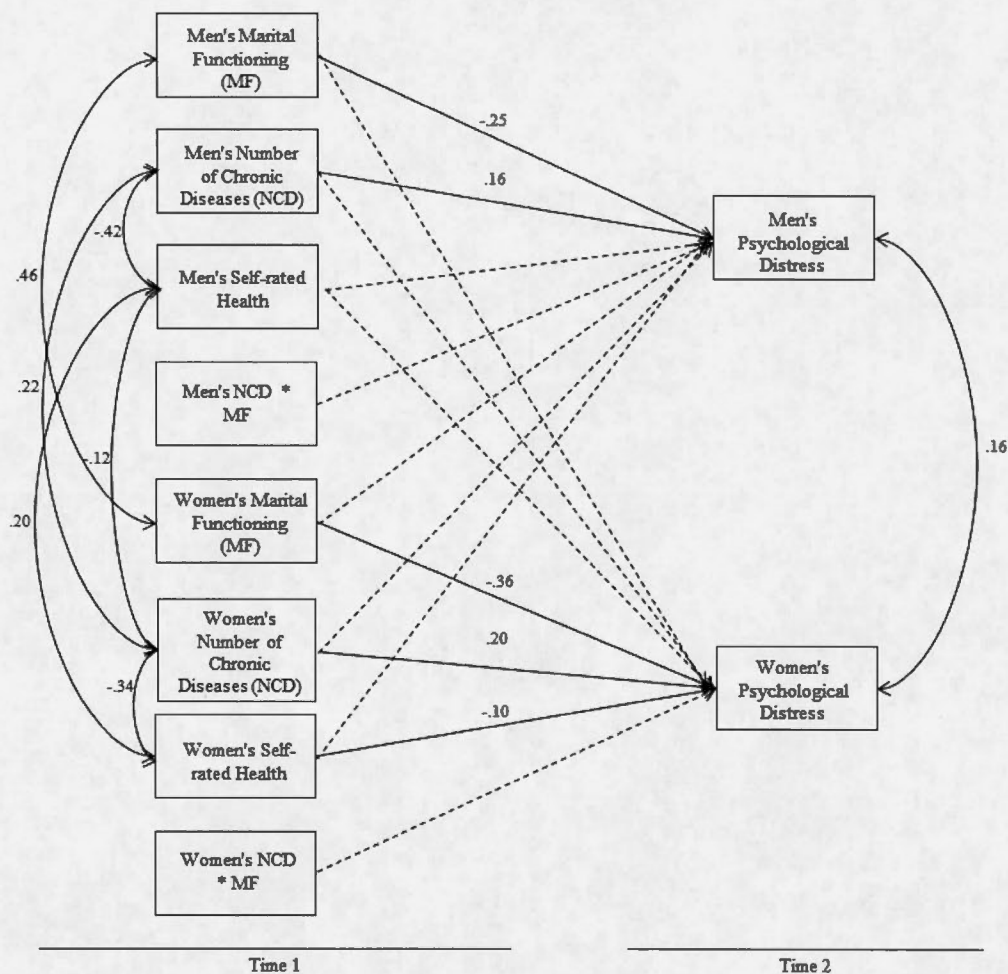
	χ^2	df	χ^2/df	AGFI	RMSEA	90% C.I. for RMSEA	$\Delta \chi^2$
M_0'	459.38	45	10.21	0.74	0.16	0.14-0.17	
M_1'	45.89	15	3.06	0.91	0.07	0.05-0.10	413.49**
M_2'	59.49	27	2.20	0.94	0.06	0.05-0.08	13.60

C.I. = Confidence Interval.

** $p < .01$.

Figure 1

Final model with marital functioning as a moderator in the longitudinal link between number of chronic diseases and psychological distress (n = 384 older couples).

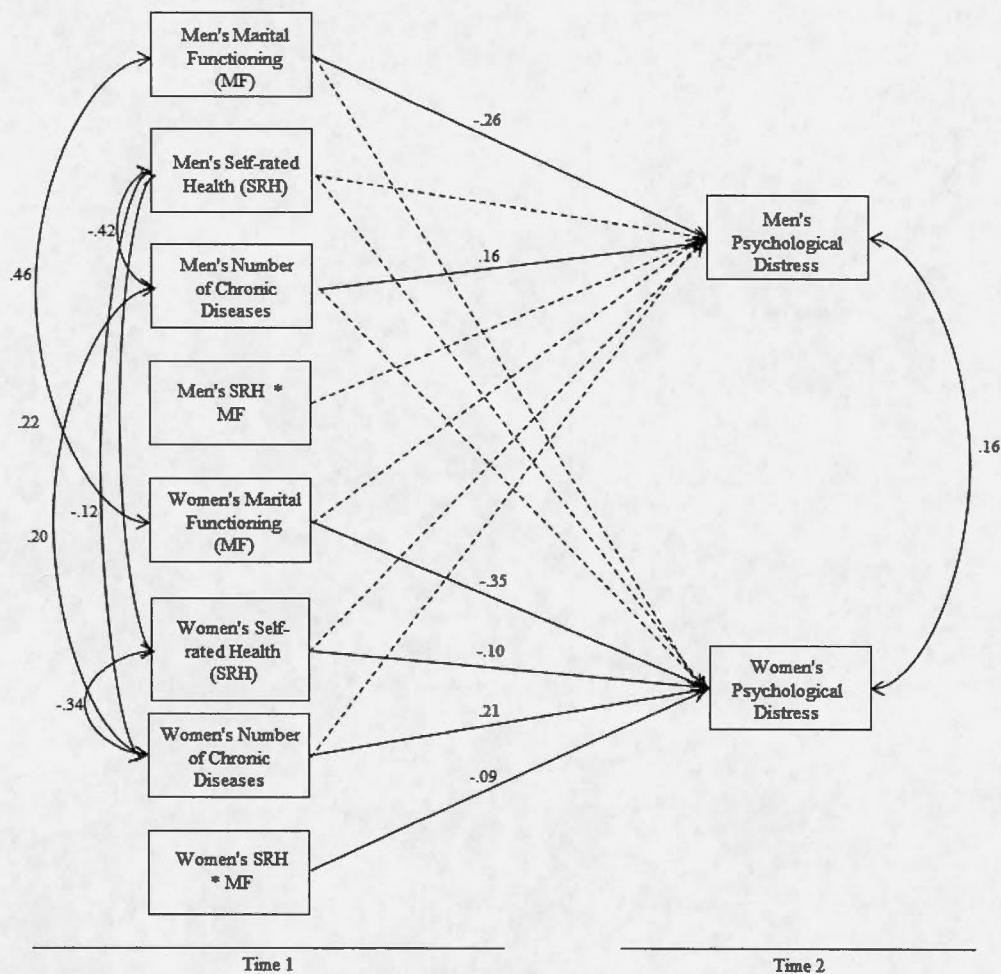


Note All parameters estimates presented are standardized and significant at $p < .05$.

Dotted lines refer to a non-significant parameter estimate.

Figure 2

Final model with marital functioning as a moderator in the longitudinal link between self-rated health and psychological distress (n = 384 older couples)

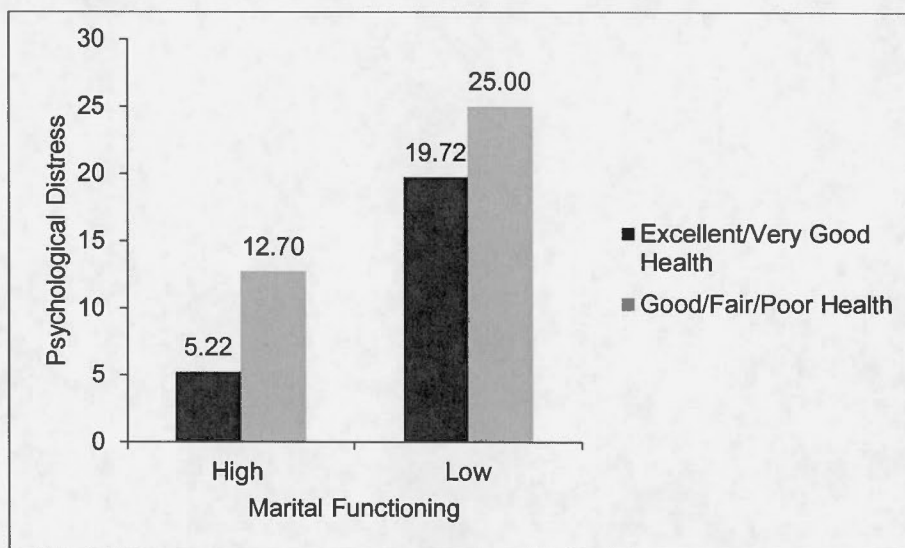


Note All parameters estimates presented are standardized and significant at $p < .05$.

Dotted lines refer to a non-significant parameter estimate.

Figure 3

Average score of psychological distress at T2 depending on the level of self-rated health and marital functioning at T1 among older wives (n = 384).



CHAPITRE IV
CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES COUPLES ÂGÉS
VIVANT À DOMICILE AU QUÉBEC : ÉTUDE LONGITUDINALE
(ARTICLE 3)

Article soumis pour publication à la *Revue québécoise de psychologie*

CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES COUPLES ÂGÉS VIVANT À DOMICILE AU QUÉBEC : ÉTUDE LONGITUDINALE

Laurence VILLENEUVE, B.Sc., Ph.D.(c)^{a*},

* Adresser toutes correspondances à cet auteur

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8; Téléphone : n.d., Fax : 514-987-7953;

Courriel : villeneuve.laurence@courrier.uqam.ca.

Gilles TRUDEL, Ph.D.^a,

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8; Téléphone : 514-987-3000 #4847, Fax : 514-987-

7953; Courriel : trudel.gilles@uqam.ca.

Luc DARGIS, M.Ps., Ph.D.(c)^a,

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8; Téléphone : n.d., Fax : 514-987-7953;

Courriel : dargis.luc@courrier.uqam.ca.

Michel PRÉVILLE, Ph.D.^b,

^b Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine, 3120, boul. Taschereau, Greenfield Park,

Québec, Canada, J4V 2H1; Téléphone : 450-466-5000 #3691, Fax : 450-651-6589;

Courriel : michel.preville@usherbrooke.ca.

Richard BOYER, Ph.D.^c,

^c Centre de recherche Fernand-Séguin Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Unité 208, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5; Téléphone : 514-251-4000 #2344, Fax : 514-251-5404;

Courriel : rboyer@ssss.gouv.qc.ca.

Jean BÉGIN, Ph.D.^a,

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8; Téléphone : 514-987-3000 #6824, Fax : 514-987-

7953; Courriel : begin.j@uqam.ca.

Résumé

Cette étude examine les facteurs associés au changement de la détresse psychologique au cours du temps (18 mois) en regard au fonctionnement conjugal, au nombre de tracas quotidiens et à la santé physique chez 372 couples âgés vivant à domicile au Québec. Les résultats montrent que près du quart des participants présentent une augmentation de leur détresse psychologique au cours de l'étude alors qu'en moyenne, 20 % présentent une diminution de leur détresse. Le nombre de tracas quotidiens et le fonctionnement conjugal sont les facteurs les plus associés au changement de la détresse psychologique. Une discussion générale portant sur les implications cliniques et de recherche découlant de ces résultats est abordée.

Mots clés : détresse psychologique, fonctionnement conjugal, tracas quotidiens, santé physique, couples âgés

Abstract

This study examines the associated factors in psychological distress changes over a long period of time (18 months) in regards to marital functioning, number of daily hassles and physical health among a representative sample of older couples living at home in Quebec ($n = 372$). The results show near of 25% participants had increased psychological distress during the study while 20% had a decreased of their distress. Higher daily hassles and lower marital functioning were the most associated with psychological distress changes. A general discussion of the clinical and research implications from these results is discussed.

Key words : psychological distress, marital functioning, daily hassles, health, older couples

Introduction

Depuis les dernières années, les données démographiques montrent une plus grande proportion d'aînés au sein de la population ainsi qu'une augmentation constante de l'espérance de vie (St-Arnaud, Beaudet, & Tully, 2005; Turcotte & Schellenberg, 2007). Cette augmentation de l'espérance de vie entraîne une plus longue période de vie en santé dans la vieillesse (Shields & Martel, 2006) qui se caractérise entre autres par une plus grande proportion d'aînés vivant à domicile et une légère hausse du nombre d'aînés vivant en couple (Statistique Canada, 2007). Considérant ces nouvelles réalités démographiques, il importe de mieux comprendre les déterminants de la détresse psychologique auprès des couples âgés afin de favoriser une meilleure qualité de vie chez cette population.

La détresse psychologique se caractérise par un ensemble d'émotions négatives pouvant se présenter sous forme de symptômes dépressifs et anxieux (Camirand & Nanhou, 2008). Plus spécifiquement, Ilfeld (1976) conceptualise la détresse psychologique à partir de symptômes dépressifs et anxieux, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Dans une récente étude épidémiologique réalisée au Québec par Prévile *et al.* (2008), 12,7 % d'un échantillon d'aînés vivant à domicile rencontrent les critères diagnostiques du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychologie (DSM-IV) pour les troubles de dépression majeure et mineure⁴, la manie, les troubles anxieux et la dépendance aux psychotropes. D'autres données montrent également que 34,7 % des aînés présentent au moins un symptôme de détresse psychologique (Prévile *et al.*, 2009). Au Canada, une étude de Caron et Liu (2010) montre que 14,74 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus présentent un niveau de détresse psychologique élevé.

Bien que plusieurs études abordent la prévalence de la détresse psychologique chez les aînés, très peu se sont attardées à examiner cette prévalence chez les couples âgés. Or, plusieurs auteurs soulignent l'importance de la relation conjugale dans la vie des aînés, compte tenu des différents changements susceptibles de survenir tels que le départ des enfants du domicile familial,

⁴ Le trouble de dépression mineure se définit par la présence des caractéristiques essentielles de la dépression (c.-à-d., présenter une humeur dépressive depuis au moins deux semaines ou une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités quotidiennes normalement pratiquées) et par la présence d'au moins 2 à 4 des 7 symptômes dépressifs associés. Dans le cadre de l'étude de Prévile *et al.* (2008), 5,7 % des participants aînés présentent un trouble de dépression mineure alors que 1,1 % présente un trouble de dépression majeure.

l'augmentation du temps passé ensemble et la diminution du réseau social (Kim & Moen, 2001; Trudel, 2005; Trudel, Turgeon, & Piché, 2010). Par ailleurs, la recension des écrits fournit très peu de données sur les déterminants du changement de la détresse psychologique au cours du temps chez les aînés et tout particulièrement auprès des couples.

Dans le cadre de cette étude, trois variables feront l'objet d'une attention particulière en tant que déterminants du changement de la détresse psychologique chez les couples âgés : la santé physique, le fonctionnement conjugal et les tracasseries quotidiennes. Ces variables ont été retenues compte tenu de leur incidence sur la détresse psychologique au cours du vieillissement.

Détresse psychologique et fonctionnement conjugal

Le fonctionnement conjugal peut à la fois prévenir ou accentuer la détresse psychologique, selon la perception positive ou négative de la relation conjugale par les membres du couple (Proulx, Helms, & Buehler, 2007; Sandberg, Miller, & Harper, 2002; Tower & Kasl, 1995, 1996a, 1996b). Weissman (1987) montre à ce sujet que, bien que les couples mariés soient trois fois moins susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que les personnes vivant seules, ceux présentant une insatisfaction maritale sont vingt-cinq fois plus susceptibles d'être dépressifs que les couples satisfaits. Une recension des écrits réalisée par Goldbard, Trudel, Boyer et Préville (2007) permet de constater que la relation entre la détresse conjugale et la dépression est bien établie et que de récentes études laissent voir une relation similaire entre les difficultés conjugales et l'anxiété. Plusieurs études empiriques et recensions des écrits révèlent qu'en situation de détresse conjugale, le risque de présenter des symptômes dépressifs ou anxieux ou de la détresse psychologique apparaît plus élevé (p. ex., Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Beach & O'Leary, 1992; Bookwala & Franks, 2005; O'Leary, Riso, & Beach, 1990; Tower & Kasl, 1995, 1996a, 1996b; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2005). Néanmoins, la majorité de ces études présentent un devis de recherche transversal, ce qui ne permet pas de conclure à une direction précise de la relation entre ces variables (Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997). De plus, les études longitudinales examinant la relation entre ces variables apparaissent d'autant plus rares chez les couples âgés puisque plusieurs d'entre elles incluent des personnes âgées de moins de 65 ans (Whisman & Uebelacker, 2009).

Bien que plusieurs études se soient attardées à examiner la relation longitudinale entre la détresse psychologique et le fonctionnement conjugal (Proulx *et al.*, 2007; Ulrich Jakubowski, Russel, & O'Hara, 1988; Whisman & Uebelacker, 2009), très peu se sont attardés à examiner l'effet du changement survenant au cours du temps sur ces variables. En effet, seules quelques études réalisées auprès de couples ont pu être recensées. Quelques-unes trouvent une relation bidirectionnelle entre le changement de la détresse psychologique et le changement du fonctionnement conjugal auprès d'un échantillon de couples nouvellement mariés (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Karney, 2001), alors qu'une étude de Miller, Townsend et Ishler (2004), réalisée auprès d'un échantillon de couples âgés de 40 à 70 ans, indique qu'une détérioration au cours du temps du fonctionnement conjugal est associée à une augmentation des symptômes dépressifs. Compte tenu du nombre limité d'études examinant la relation entre le changement du fonctionnement conjugal et le changement de la détresse psychologique, et ce, tout particulièrement auprès de couples âgés de 65 ans et plus, il apparaît important de poursuivre les recherches.

Détresse psychologique et santé physique

Les recherches actuelles permettent de constater que l'incidence de la détresse psychologique est associée à la présence de maladies physiques (Joshi, Kumar, & Avasthi, 2003; Penninx *et al.*, 1996) et au déclin du statut fonctionnel (Penninx *et al.*, 1996). Scott *et al.* (2007) ont examiné les données portant sur la condition de santé physique et de santé mentale auprès de 42 249 participants répartis à travers 17 pays et ont constaté que les participants ont plus de risque de rapporter une maladie chronique lorsqu'ils présentent un trouble dépressif ou anxieux ou un trouble comorbide anxieux-dépressif, tels que définis par le DSM-IV. Ces auteurs soutiennent même que le risque de rapporter une maladie chronique est plus élevé chez les participants présentant une comorbidité entre les troubles anxieux et dépressifs que chez ceux ne présentant que l'un ou l'autre de ces troubles psychologiques. Dans une même perspective, une étude de Penninx *et al.* (1996), réalisée auprès de 3 076 personnes âgées entre 55 et 85 ans, montre une relation positive entre le nombre de maladies chroniques rapportées et les symptômes dépressifs et anxieux. Plusieurs études rapportent également une association négative entre la perception de la santé physique et la détresse psychologique chez les aînés (Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen, & Heuft, 2004; Schulz *et al.*, 1994). La perception de la santé réfère à

l'évaluation d'une personne concernant sa propre santé physique (p. ex., bonne, passable, mauvaise) et plusieurs auteurs soutiennent qu'il s'agit d'une méthode d'évaluation utile et importante afin d'obtenir un portrait global de la santé d'une population (Pinquart 2001; Schulz *et al.*, 1994).

Néanmoins, la recension des écrits rapporte un nombre très limité d'études longitudinales réalisées auprès des couples âgés examinant l'association entre le changement de la détresse psychologique et le changement de la santé physique. En effet, seules deux études ont pu être recensées. Pruchno, Wilson-Genderson, et Cartwright (2009) trouvent que le changement d'évaluation de la santé physique est associé négativement au changement des symptômes dépressifs au cours du temps chez des patients hémodialysés et leur conjoint. Dans la même perspective, une étude de Miller *et al.* (2004) montre que l'insatisfaction conjugale et les problèmes de santé physique peuvent influencer le changement d'humeur et les symptômes somatiques associés à la détresse psychologique chez les couples âgés. Sans égard au statut marital des participants, la recension des écrits rapporte également que la perception de la santé physique et le changement du statut fonctionnel sont significativement associés au changement de la détresse psychologique au cours du temps (Bierman & Statland, 2010; Min, Moon, & Lubben, 2005). Bien que ces études laissent voir une association significative entre le changement de la détresse psychologique et les variables de santé physique, le nombre d'études réalisées auprès d'un échantillon de couples âgés vivant à domicile demeure très limité.

Détresse psychologique et tracas quotidiens

Les effets du stress au cours du vieillissement n'apparaissent pas faire consensus dans la littérature scientifique puisque certains auteurs soutiennent que les aînés s'adaptent mieux au stress, alors que d'autres suggèrent la relation inverse (voir Almeida *et al.*, 2011). Une recension des écrits d'Ensel, Peek, Lin et Lai (1996) souligne par ailleurs que le stress contribue grandement à la variation des symptômes dépressifs chez les aînés. Les sources de stress les plus fréquemment rapportées chez cette population concernent la santé physique, leur entourage (c.-à-d. famille et amis) et les finances personnelles (Doucet, Ladouceur, Freeston, & Dugas, 1998; Jeon, Dunkle, & Roberts, 2006). Contrairement aux événements de vie stressants (p. ex., décès d'un proche), les tracas quotidiens sont définis comme des demandes de l'environnement

irritantes, frustrantes ou anxiogènes survenant au quotidien (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981; Lazarus, 1984). Or, la recension des écrits rapporte une forte association entre ce type de stresser et la détresse psychologique (p. ex., Holahan & Belk, 1984; Landreville & Vézina, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Monroe, 1983; Serido *et al.*, 2004). Chez les couples, quelques études montrent une association négative entre le fonctionnement conjugal et le stress (Graham & Conoley, 2006; Harper, Schaalje, & Sandberg, 2000; Randall & Bodenmann, 2009). À cet effet, Graham et Conoley (2006) suggèrent que les couples présentant un bon fonctionnement conjugal sont plus susceptibles de percevoir leur conjoint(e) comme étant une source de soutien et donc d'être moins affectés par les différentes demandes survenant au quotidien, ce qui laisse croire que le lien entre la détresse psychologique et les tracasseries quotidiennes peut différer selon la relation conjugale. Chez les couples âgés, une étude de Sandberg et Harper (2000) indique que les tracasseries quotidiennes sont significativement associées aux symptômes dépressifs chez les deux membres du couple. L'étude montre également que les tracasseries quotidiennes sont associées aux symptômes dépressifs du conjoint lorsque le couple est en situation de détresse conjugale. Néanmoins, aucune étude n'a pu être recensée concernant le changement des tracasseries quotidiennes et le changement de la détresse psychologique chez les couples âgés.

En somme, il apparaît que très peu d'études portant sur le changement de la détresse psychologique ont été réalisées jusqu'à ce jour, et ce, tout particulièrement chez les couples âgés vivant à domicile. Par ailleurs, parmi les quelques études recensées, aucune d'entre elles n'a inclus à la fois des variables des tracasseries quotidiennes, de fonctionnement conjugal et de santé physique comme variables associées au changement de la détresse psychologique mesuré sur une longue période (18 mois). Enfin, le nombre d'études ayant examiné les effets de partenaires (c.-à-d., les relations entre les conjoints) demeure très limité.

Objectif principal et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les effets du changement des tracasseries quotidiennes, du fonctionnement conjugal et de la santé physique sur le changement de la détresse psychologique survenant au cours du temps (18 mois) auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés francophones vivant à domicile au Québec. Les hypothèses suivantes sont formulées :

1. Une augmentation du nombre de maladies chroniques sera associée à une augmentation de la détresse psychologique ;
2. Une diminution de la perception de santé physique sera associée à une augmentation de la détresse psychologique ;
3. Une augmentation du fonctionnement conjugal sera associée à une diminution de la détresse psychologique ;
4. Une augmentation du nombre de tracas quotidiens sera associée à une augmentation de la détresse psychologique.

Genre et effets de partenaire

La présente étude a également pour objectif d'examiner les différences liées au genre sur les relations à l'étude puisque plusieurs auteurs rapportent des différences entre les hommes et les femmes, notamment sur l'incidence de la détresse psychologique, l'évaluation du fonctionnement conjugal et sur la relation entre ces variables (p. ex., Beach *et al.*, 2003; Beach & O'Leary, 1992; Dehle & Weiss, 1998; Fincham *et al.*, 1997; Sandberg & Harper, 2009; Whisman & Ubelacker, 2009). De plus, étant donné que les conjoints sont réputés partager des caractéristiques communes et s'influencer l'un et l'autre (voir Coyne *et al.*, 1987; Kenny, Kashy, & Cook, 2006), cette étude a également pour objectif d'examiner les effets de partenaires entre les variables. Ainsi, deux questions de recherche seront explorées dans le cadre de cette étude.

1. Existe-t-il une différence liée au genre dans la relation entre les variables à l'étude et la détresse psychologique chez les couples âgés ?
2. Est-ce que des effets de partenaires significatifs seront trouvés dans la relation entre les variables à l'étude et la détresse psychologique chez les couples âgés ?

Méthodologie

Les données recueillies dans la présente étude sont tirées du projet de recherche Étude sur la santé des couples âgés (ÉSA-Couple). Les participants ont été recrutés à partir d'une méthode d'échantillonnage stratifiée aléatoire selon leurs régions d'habitation : métropolitaine (36 %), urbaine (32 %) et rurale (32 %). Pour des raisons budgétaires et d'accessibilité, les régions périphériques du Québec (Côte-Nord, Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine, Saguenay et Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue) ont été exclues de l'étude. Ces régions représentaient 10 % de la

population québécoise en 2005. Afin de pouvoir participer au projet de recherche ÉSA-Couple, tous les participants devaient comprendre et lire le français, vivre au même domicile que leur conjoint, obtenir un score minimal de 22 au *Mini Mental State Examination* de Folstein, Folstein et McHugh (1975) et être en couple depuis au moins un an. De plus, les deux conjoints devaient accepter de participer à l'étude et au moins l'un d'entre eux devait être âgé de 65 ans et plus.

Les couples sélectionnés par la méthode d'échantillonnage étaient contactés par téléphone par une infirmière de la firme de sondage *Léger Marketing* formée spécifiquement pour le projet de recherche. Tous les couples souhaitant participer à l'étude recevaient une lettre présentant le projet de recherche, le nom et une photo de l'infirmière chargée de l'entrevue. Les participants ont été rencontrés à domicile (ou à un endroit de leur choix) afin de réaliser une entrevue semi-structurée d'une durée approximative de 90 minutes. Afin d'assurer la confidentialité des réponses entre les deux membres du couple, l'infirmière rencontrait chacun des participants à tour de rôle dans une pièce séparée de leur conjoint. De plus, compte tenu de la nature plus sensible de certaines questions portant sur des aspects conjugaux et sexuels, les participants étaient invités à répondre à l'aide d'un clavier numérique de sorte que leur conjoint(e) et l'infirmière ne puissent pas connaître leur réponse. Un astérisque (*) apparaissait à l'écran de l'infirmière afin de l'informer que le participant avait répondu à la question demandée.

Au T1, 508 couples âgés ont accepté de participer à l'étude, représentant un taux de réponse de 62 %. Le T2 de l'étude, qui s'est déroulé approximativement 18 mois (16-21 mois) plus tard, comprend 390 couples âgés indiquant un taux d'attrition de 23 %. Pour chaque temps de mesure, les couples recevaient un montant incitatif de 30 \$ pour leur participation.

Instruments de mesure

L'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ-14) de Prévillé, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré (1992) a été utilisé afin de mesurer la détresse psychologique des participants. Ce questionnaire constitue l'adaptation francophone du questionnaire *Psychiatric Symptoms Index* d'Ilfed (1976) et est composé de 14 items se subdivisant en 4 facteurs évaluant les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et les problèmes cognitifs. Le score varie entre 0 et 100 points et plus le score est élevé, plus la détresse psychologique du

participant est élevée. Une étude de validation montre des indices de fidélité satisfaisants avec un indice de consistance interne de 0,89 pour l'ensemble des items (Préville *et al.*, 1992). Dans la présente étude, les indices de consistance interne au T1 sont de 0,79 pour les hommes et de 0,86 pour les femmes. Des résultats comparables sont retrouvés au T2.

Le fonctionnement conjugal a été mesuré à partir de la version francophone du questionnaire *Échelle d'ajustement dyadique* de Spanier (1976) traduit par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Ce questionnaire comprend 32 items évaluant le fonctionnement conjugal des participants à partir de quatre sous-échelles : cohésion, satisfaction, consensus et expression affective. Le score total du questionnaire varie de 0 à 151 points; plus le score est élevé, plus le fonctionnement conjugal est réputé être élevé. Une étude de validation de Baillargeon *et al.* (1986) montre des indices de validité satisfaisants avec un alpha de Cronbach de 0,91 pour l'ensemble du questionnaire, ce qui est comparable aux résultats obtenus à la version originale du questionnaire (voir Spanier, 1976). Dans la présente étude, le questionnaire obtient des indices de validité de cohérence interne de 0,88 pour les hommes et de 0,91 pour les femmes au T1. Des résultats similaires sont retrouvés au T2. Une étude factorielle confirmatoire montre que la structure factorielle du questionnaire, telle que proposée par Sabourin, Lussier, Laplante, et Wright (1990), est valide auprès d'un échantillon de couples âgés francophones (Villeneuve, Préville, Trudel, & Boyer, 2010). Afin de répondre aux objectifs de l'étude et en lien avec les recommandations de Sabourin, Bouchard, Wright, Lussier et Boucher (1988), seul le score global du questionnaire a été utilisé.

La santé physique des participants a été mesurée à partir des indices de santé objective et de santé perçue. La santé objective des participants a été évaluée à partir d'un questionnaire regroupant 17 maladies chroniques répertoriées dans le CIM-10 telles que le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle. Plus le score est élevé à ce questionnaire, plus le nombre de maladies chroniques rapportées par le participant est grand. La santé perçue a été évaluée à partir d'une question unique demandant aux participants d'évaluer leur santé physique par rapport aux autres personnes de leur âge (« Comparativement aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé physique est généralement... excellente, très bonne, bonne, moyenne ou faible? »). Cette question est fréquemment utilisée dans le cadre d'études épidémiologiques pour mesurer la

perception de santé des participants (voir Chipperfield, 1993; Denning, Chi, Brayne, Huppert, Paykel, & O'Connor, 1998).

Les tracasseries quotidiennes survenant au cours du dernier mois ont été évaluées à partir de l'Échelle des embêtements adaptée pour les aînés de Vézina et Giroux (*Hassle Scale – Elderly Form*; 1988). Ce questionnaire constitue une adaptation francophone du questionnaire anglais de Kanner *et al.*, (1981) comprenant 117 items. La version francophone comprend 64 items touchant six domaines des tracasseries quotidiennes : argent, conflits interpersonnels, santé, loisir, travaux domestiques. Une étude de validation de ce questionnaire réalisée auprès d'un échantillon de personnes âgées entre 60 et 90 ans montre des indices de consistance interne satisfaisants et une bonne validité de construit (Vézina & Giroux, 1988). Dans la présente étude, afin de ne pas trop surcharger les participants de questions, seulement 34 items de la version originale francophone ont été utilisés. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la fréquence des tracasseries quotidiennes et sur l'intensité de stress ressenti. En lien avec les objectifs formulés, seule l'échelle représentant le nombre de tracasseries survenant au cours du dernier mois (0-34) a été utilisée. Au T1, les indices de consistance interne apparaissent satisfaisants pour les hommes ($\alpha = 0,89$) et les femmes ($\alpha = 0,88$). Des résultats similaires sont retrouvés au T2.

Analyse des données

Les couples étant réputés partager des caractéristiques similaires, des analyses dyadiques ont été réalisées afin de tenir compte de la non-indépendance des données telle que le recommandent Kenny *et al.* (2006). Les analyses dyadiques ont été réalisées en employant la modélisation d'équation structurale avec AMOS 8.0. Cette stratégie d'analyse permet de mesurer simultanément les différences liées au genre, les effets de partenaires et les effets d'acteurs⁵ entre les variables, ce qui permet de conserver une plus grande puissance statistique.

Les hypothèses ont été mesurées à partir de la stratégie d'analyse des modèles imbriqués de la modélisation d'équation structurale (Bentler & Bonnett, 1980). Selon cette stratégie d'analyse, le

⁵ Selon Kenny *et al.* (2006), les effets d'acteur réfèrent aux résultats provenant de l'association entre deux variables mesurées chez un même participant (p. ex., l'effet du fonctionnement conjugal d'un participant sur la détresse psychologique mesurée chez ce même participant), alors que les effets de partenaire réfèrent aux résultats provenant de l'association entre une variable mesurée chez un participant et une variable mesurée chez son conjoint (p. ex., l'effet du fonctionnement conjugal d'un participant sur la détresse psychologique de sa conjointe).

premier modèle testé (M_0) représente un modèle d'indépendance des données entre les variables indépendantes (c.-à-d. fonctionnement conjugal, tracas quotidiens, santé physique) et la variable dépendante (c.-à-d. détresse psychologique). Ce modèle de référence est utilisé pour évaluer l'ajustement du modèle hypothétique (M_1) représentant les hypothèses de l'étude. À partir des résultats obtenus à cette étape, un second modèle (M_2), plus parcimonieux et représentant un meilleur ajustement, a été testé. Les indices d'ajustement des différents paramètres des modèles sont évalués par la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (ML). Dans le cadre de l'étude, le *normed chi-squared* (χ^2/df), le *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) et le *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA) ont été utilisés comme indices d'ajustement des modèles. De plus, pour comparer l'ajustement des modèles entre eux, le test de différence des khi-deux ($\Delta\chi^2$) a été utilisé, tel que recommandé par Bollen (1989). Les différences liées au genre ont été mesurées à partir des rapports critiques de différences (*critical ratios for differences*; C.R.) rapportés par le logiciel statistique AMOS 8.0. Afin de tenir compte du nombre élevé de degré de liberté de variance intra-groupe, les valeurs des rapports critiques ont été interprétées comme des cotes Z. Tous les paramètres d'estimation présentés sont standardisés et un seuil de signification de 5 % a été utilisé dans cette étude.

L'examen des données manquantes a révélé que deux participants n'ont pas répondu à l'ensemble des questions de l'étude, ce qui a entraîné l'élimination de ces participants et de leur conjointe, réduisant ainsi la taille de l'échantillon à 388 couples. Étant donné que la méthode d'estimation de vraisemblance (ML) demande une normalité multivariée, les indices de normalité univariée et multivariée des variables ont été examinés. Selon les recommandations de Tabachnick et Fidell (2007), la distribution normale des variables a été examinée. Dans le cas de la présente étude, le retrait de participants présentant des données aberrantes (« *outliers* ») univariées a permis d'atteindre une distribution acceptable selon les standards reconnus. De plus, l'examen de la distribution multivariée des variables de l'étude a révélé la présence de données aberrantes entraînant l'élimination des participants concernés et de leur conjoint(e). La taille de l'échantillon final est de 372 couples. Les variables de changement ont été calculées à partir du score de différence obtenue entre les deux temps de mesure (T2-T1).

Des analyses ont été réalisées afin de vérifier la pertinence d'inclure des variables de contrôle dans le modèle d'analyse telles que l'âge et la durée de cohabitation, mais les résultats n'ont révélé aucune relation significative entre ces variables et le changement de la détresse psychologique.

Résultats

Les données descriptives révèlent que les femmes âgées de l'échantillon sont en moyenne plus jeunes [test- t apparié $t(371) = -11,61, p < 0,001, \eta^2 = 27\%$] et présentent un moins haut niveau de scolarité que leur conjoint [$\chi^2(4, 372) = 69,45, p < 0,001$] (voir Tableau 1). Les données descriptives des variables au T1 de l'étude et des variables de changement sont présentées au Tableau 2. De façon générale, les résultats au T1 montrent que les aînés de notre échantillon présentent en moyenne une bonne santé physique, peu de tracas de quotidien, un bon fonctionnement conjugal et un faible niveau de détresse psychologique. De plus, les résultats montrent que les hommes et les femmes présentent, en moyenne, une stabilité de leur fonctionnement conjugal, de leurs tracas quotidiens, de leur état de santé physique et de leur détresse psychologique au cours du temps. Il apparaît que les femmes présentent en moyenne plus de détresse psychologique [$t(371) = -5,93, p < 0,001, \eta^2 = 9\%$], un plus faible niveau de fonctionnement conjugal [$t(371) = 4,87, p < 0,001, \eta^2 = 6\%$], plus de tracas quotidiens [$t(371) = -4,17, p < 0,001, \eta^2 = 4\%$] et une moins bonne perception de la santé physique [$\chi^2(1, 371) = 13,60, p < 0,001, \eta^2 = 4\%$]⁶ que les hommes âgés. Aucune différence significative n'est retrouvée quant au nombre de maladies chroniques entre les hommes et les femmes.

- Insérer Tableau 1 ici -

- Insérer Tableau 2 ici -

Déterminants du changement de la détresse psychologique

Le Tableau 3 présente les résultats des modèles d'analyses mesurant les effets des variables de changement du fonctionnement conjugal, des tracas quotidiens et de la santé physique sur le changement de la détresse psychologique survenu au cours de l'étude. Le modèle hypothétique

⁶ La variable de perception de la santé physique au T1 n'a pu être normalisée correctement à partir des inférences statistiques normalement reconnues. Elle a donc été subdivisée en deux groupes selon la perception de la santé physique des participants, soit ceux rapportant une « excellente » ou « très bonne » santé physique ($n = 212$ femmes et 237 hommes) et ceux rapportant une « bonne, moyenne ou pauvre » santé physique ($n = 160$ femmes et 135 hommes).

(M_1) présente de meilleurs indices d'ajustement que le modèle supposant une indépendance des données entre les variables (M_0). Néanmoins, l'examen des indices d'ajustement suggère que l'élimination des paramètres d'estimation non significatifs peut améliorer l'ajustement du modèle. Ainsi, toutes les relations entre les variables du modèle sont examinées et éliminées une à une en forçant la relation à « 0 » si celle-ci n'est pas significative pour les deux membres du couple. Cette procédure statistique est utilisée afin de permettre une comparaison des paramètres entre les hommes et les femmes.

- Insérer Tableau 3 ici -

À la suite de l'examen des paramètres d'estimation, tous les effets de partenaires ont été éliminés puisqu'aucun lien significatif n'est trouvé. De plus, les effets du changement du nombre de maladies chroniques et de la perception de la santé physique chez les hommes et les femmes sur le changement de la détresse psychologique sont éliminés puisque ces relations ne s'avèrent pas significatives. Le modèle final (M_2) est présenté à la Figure 1. À partir du test de différences du khi-carré, les résultats montrent que l'élimination des paramètres non significatifs entre les variables de l'étude permet d'améliorer significativement les indices d'ajustement du modèle (voir Tableau 3). Ainsi, le changement du fonctionnement conjugal prédit significativement le changement de la détresse psychologique chez les hommes âgés ($\beta = -0,13, p = 0,01$) et explique 1,61 % de la variance. Chez les femmes, cette relation n'apparaît pas significative ($\beta = -0,09, p = 0,06$). Les analyses ne montrent pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($Z = 1,52, p = 0,13$). Le changement du nombre de tracas quotidiens survenant au cours du temps prédit significativement le changement de la détresse psychologique chez les hommes ($\beta = 0,33, p < 0,001$) et les femmes âgées ($\beta = 0,21, p < 0,001$) vivant en couple et explique respectivement 10,72 % et 4,46 % de la variance. Les résultats ne révèlent pas de différences significatives entre les hommes et les femmes ($Z = 0,28, p = 0,78$). Dans l'ensemble, le modèle prédictif des variables de changement permet d'expliquer respectivement 12,32 % et 5,31 % de la variance du changement de la détresse psychologique survenant au cours de l'étude chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple.

- Insérer Figure 1 ici -

Groupes de changement de la détresse psychologique

Afin de décrire plus spécifiquement les facteurs associés au changement de la détresse psychologique, les effets du changement des variables à l'étude selon différents groupes de

changement de la détresse psychologique (amélioration, détérioration, stabilité) sont examinés. La variable de changement de la détresse psychologique a été subdivisée en trois groupes distincts selon une variation de 0,67 É-T⁷ autour de la moyenne correspondant soit aux participants ne présentant pas de changement significatif, soit à ceux présentant une détérioration significative ou à ceux présentant une amélioration significative au cours du temps. Ainsi, chez les hommes âgés, 22,3 % (n = 83) présentent une augmentation, 60,2 % (n = 224) ne présentent aucun changement et 17,5 % (n = 65) présentent une diminution significative de la détresse psychologique au cours du temps. Chez les femmes âgées, 25,5 % (n = 95) présentent une augmentation, 53 % (n = 197) aucun changement et 21,5 % (n = 80) une diminution significative de la détresse psychologique au cours du temps.

Une analyse de variance univariée est réalisée séparément pour les hommes et les femmes. Ce type d'analyse statistique a été privilégié puisque l'inclusion des hommes et des femmes dans une même analyse entraînait la création de petits groupes qui ne permettait pas de respecter le préalable statistique du rapport de 10 pour 1 entre le plus petit groupe et le plus grand groupe. De plus, les corrélations des variables entre les hommes et les femmes sont suffisamment faibles pour nous permettre de recourir à une analyse de variance univariée pour chaque sexe ($r < 0,40$), ce qui laisse supposer que les résultats ne seront pas affectés par la non-indépendance des données. Néanmoins, les variables de changement des conjoint(e)s sont introduites dans chacune des analyses de variance pour chacun des sexes afin de mesurer les effets de partenaires possibles sur le changement de la détresse psychologique.

Les résultats de l'analyse de variance montrent que, chez les femmes, les variables de changement du nombre de tracas quotidiens et du fonctionnement conjugal sont significativement associées aux groupes de changement de la détresse psychologique (voir Tableau 4). Ces variables permettent d'expliquer respectivement 5,9 % et 1,7 % de la variance du groupe de changement de la détresse psychologique. Aucun effet significatif n'est trouvé entre le changement de la détresse psychologique chez les conjoints et les groupes de

⁷ Une variation de 0,67 É-T a été privilégiée afin que les résultats reflètent des changements importants, indiquant ainsi que le participant présente un changement supérieur aux trois quarts de l'échantillon. Ainsi, un changement de 0,67 É-T correspond à un changement de $\pm 5,34$ points à l'IDPESQ-14 chez les hommes âgés et de $\pm 7,04$ points chez les femmes de notre échantillon.

changement de la détresse psychologique des femmes. Chez les hommes, les résultats montrent que les variables de changement du fonctionnement conjugal, du nombre de tracas quotidien, de la perception de la santé physique et du nombre de maladies chroniques sont significativement associées aux groupes de changement de la détresse psychologique (voir Tableau 5). Ces variables expliquent respectivement 1,8 %, 10,2 %, 1,7 % et 2,6 % de la variance du groupe de détresse psychologique. De plus, les analyses révèlent une association significative entre les groupes de changement de la détresse psychologique des hommes et la variable de changement du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe. Cette relation permet d'expliquer 1,6 % de la variance du changement de la détresse psychologique des hommes âgés de l'échantillon.

-Insérer Tableau 4 ici -

- Insérer Tableau 5 ici -

Les résultats des contrastes réalisés pour expliquer les données provenant de l'ANOVA révèlent également que pour toutes les relations significatives, à l'exception de la variable de changement du nombre de maladies chroniques chez les hommes, une relation linéaire significative est trouvée. Le Tableau 6 présente les données descriptives des variables de changement selon les différents groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Ainsi, il appert qu'une diminution du fonctionnement conjugal est reliée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1;369) = 5,93; p = 0,015, \eta^2 = 2\%$] et les femmes [$F(1;369) = 6,20, p = 0,013, \eta^2 = 2\%$]. Dans le même ordre d'idées, une augmentation du nombre de tracas quotidiens au cours du temps est significativement associée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1;369) = 39,33; p < 0,001, \eta^2 = 10\%$] et les femmes [$F(1;369) = 22,36; p < 0,001, \eta^2 = 6\%$]. De plus, chez les hommes uniquement, une amélioration de la perception de la santé physique est associée à une diminution de la détresse psychologique au cours du temps [$F(1;369) = 6,23; p = 0,013, \eta^2 = 2\%$]. Concernant la relation significative trouvée chez les hommes âgés entre le changement du nombre de maladies chroniques et le changement de détresse psychologique, cette relation n'apparaît pas linéaire [$F(1;369) = 2,32; p = 0,13$], mais quadratique [$F(1;369) = 7,43; p = 0,007, \eta^2 = 2\%$]. Les résultats montrent que les participants masculins présentant soit une augmentation, soit une diminution de la détresse psychologique rapportent une diminution du nombre de maladies chroniques au cours du temps, alors que pour ceux rapportant une stabilité du nombre de maladies chroniques, on

n'observe pas de changement significatif de détresse psychologique. Enfin, l'effet de partenaire trouvé chez les hommes montre une relation linéaire significative où une augmentation au cours du temps du nombre de tracasseries quotidiennes chez leur conjointe est associée à une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes [$F(1,369) = 4,28$, $p = 0,039$, $\eta^2 = 2\%$]. Plus spécifiquement, leurs conjointes présentent en moyenne une augmentation de 0,92 (3,60) tracasseries quotidiennes au cours du temps dans le groupe des hommes âgés présentant une augmentation de la détresse psychologique, alors que les conjointes des groupes d'hommes ne présentant aucun changement ou une diminution de la détresse psychologique au cours de l'étude obtiennent respectivement un changement moyen de -0,08 (2,84) et -0,08 (3,29) sur ces variables.

- Insérer Tableau 6 ici -

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les facteurs associés au changement de la détresse psychologique survenant au cours du temps auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés vivant à domicile. La première partie de l'étude s'attardait à examiner les effets des variables de changement survenant au cours du temps sur le changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Les résultats montraient que le changement du nombre de tracasseries quotidiennes était associé positivement au changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple. Ces résultats étaient comparables à ceux obtenus dans le cadre d'études transversales et longitudinales examinant la relation entre les tracasseries quotidiennes et la détresse psychologique (Landreville & Vézina, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Monroe, 1983; Serido *et al.*, 2004).

Les résultats montraient également que, parmi les variables de changement explorées dans le cadre de l'étude, c'était le changement du nombre de tracasseries quotidiennes qui constituait le facteur associé le plus important du changement de la détresse psychologique chez les deux membres du couple, permettant ainsi d'expliquer une plus grande proportion de la variance du changement de la détresse psychologique. Ces résultats soulignent l'importance pour les professionnels de la santé de tenir compte du changement des tracasseries quotidiennes chez les aînés. Néanmoins, il serait important que d'autres études puissent préciser davantage la nature du changement des tracasseries quotidiennes. En effet, est-ce que seule l'augmentation du nombre de tracasseries quotidiennes a une

influence sur l'augmentation de la détresse psychologique ou est-ce plutôt l'incidence de certains thèmes de tracasseries quotidiens (p. ex., problèmes de santé, problèmes financiers) qui affecte davantage le changement de détresse psychologique ?

Les résultats montraient également que chez les hommes, le changement du fonctionnement conjugal était associé négativement au changement de la détresse psychologique survenant au cours du temps. Contrairement à ce qui était attendu, cette relation ne s'est pas avérée significative chez les femmes de même qu'entre les variables de changement de la santé physique (nombre de maladies chroniques et santé perçue) et le changement de la détresse psychologique chez les deux membres du couple. Bien que ces résultats fussent à l'encontre des hypothèses formulées, une piste de réflexion a été explorée. En effet, l'analyse présupposait une relation linéaire entre les variables de changement de l'étude. Or, il est possible que l'effet du changement de ces variables indépendantes soit associé au changement de la détresse psychologique, selon que ce dernier présentait une augmentation, une diminution ou une stabilité au cours du temps.

Ainsi, la deuxième partie de l'étude s'est attardée à examiner l'effet des variables de changement selon trois groupes de changement de la détresse psychologique. Bien que les résultats montraient en moyenne une stabilité de la détresse psychologique au cours du temps chez les participants, on a pu définir qu'une proportion non négligeable des participants a présenté une augmentation ou une diminution de leur détresse psychologique au cours des 18 mois de l'étude. En effet, près du quart des hommes et le quart des femmes présentaient une augmentation significative de leur détresse psychologique au cours de l'étude. À l'opposé, près de 20 % des hommes et des femmes âgés rapportaient une diminution significative de leur détresse psychologique.

Les résultats permettaient de voir une augmentation du nombre de tracasseries quotidiennes en fonction des différents groupes de changement de la détresse psychologique telle que pour la première série d'analyses. Concernant le fonctionnement conjugal, les résultats montraient qu'une augmentation du fonctionnement conjugal était associée à une diminution de la détresse psychologique et ce, chez les deux membres du couple. Tenant compte des résultats obtenus chez

les femmes, il est possible que l'association négative et linéaire entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique généralement rapportée dans les recherches (p. ex., Beach *et al.*, 2003; Bookwala & Franks, 2005; Whisman *et al.*, 2005) se reflète chez celles-ci seulement lorsque des différences importantes sur le plan de la détresse psychologique sont observées. De plus, il est possible que la relation entre ces deux variables ne soit pas strictement linéaire et que la présence d'un point de coupure explique les différences retrouvées. Les résultats ne montrent pas de relation quadratique, mais la présence d'une relation linéaire uniquement lorsque des changements importants sont observés sur le plan de la détresse psychologique. Ces résultats peuvent laisser supposer la présence d'un autre type de relation et, tel que le soulignaient Karney et Bradbury (1997), il apparaît important que d'autres études soient réalisées afin de mieux représenter la relation entre ces deux variables. Il importe également de considérer la trajectoire normalement attendue au cours du temps du fonctionnement conjugal et de la détresse psychologique. En effet, il est généralement reconnu que le fonctionnement conjugal varie selon une trajectoire linéaire (Karney & Bradbury, 1997; Kurdek, 1998; Vaillant & Vaillant, 1993), alors que les symptômes dépressifs varient davantage sous forme de cycle au cours du temps, suggérant une relation plus complexe (Coyne & Benazon, 2001). Ainsi, les différentes trajectoires sur ces variables peuvent expliquer pourquoi les résultats diffèrent chez les femmes selon que l'on examine la variable de changement de la détresse psychologique de façon continue ou selon des groupes de changement. Néanmoins, d'autres études seront nécessaires afin de clarifier ces résultats.

Concernant les variables de santé physique, les résultats montraient que, uniquement chez les hommes âgés, une amélioration de la perception de la santé physique était associée à une diminution de la détresse psychologique au cours du temps selon les groupes de changement. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études rapportant une association négative entre les deux variables (p. ex., Schneider, *et al.*, 2004; Schulz *et al.*, 1994). Néanmoins, cette relation n'était pas significative lorsque la variable de changement de la détresse psychologique était prise de façon continue. Il est possible que la relation significative entre les groupes de changement de la détresse psychologique et la santé perçue suggère encore une fois la présence d'un point de coupure ou d'un autre type de relation entre les variables. D'autres études seront nécessaires afin de clarifier ces résultats. Les résultats montraient également une relation

quadratique entre le nombre de maladies chroniques et les groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes âgés. Ces résultats allaient à l'encontre des résultats normalement retrouvés dans les études où on observe plutôt qu'une augmentation du nombre de maladies est associée à une augmentation de la détresse psychologique (Penninx *et al.*, 1996; Scott *et al.*, 2007). Or, les résultats de l'étude montraient que même chez les participants présentant une augmentation de la détresse psychologique, on observait une légère diminution du nombre de maladies chroniques. Il importe toutefois de souligner que les variations quant au nombre de maladies chroniques selon les groupes de changement de la détresse psychologique demeuraient de faible amplitude et pouvaient davantage refléter une limite de la variable utilisée. En effet, cette variable se base sur une mesure autorapportée des maladies chroniques et augmente le risque d'erreur lié au biais de rappel. Il serait souhaitable que d'autres études explorant les effets du changement de statut de la santé physique sur le changement de la détresse psychologique utilisent d'autres mesures de santé telle qu'une grille diagnostique complétée par des professionnels de la santé qualifiés. Il est également possible que les résultats trouvés soient influencés par les caractéristiques inhérentes de l'échantillon où les participants présentent en moyenne une très bonne perception de leur santé physique et peu de maladies chroniques. Dans un tel contexte, il est possible que leur état de la santé physique n'entraîne pas de limitations fonctionnelles significatives qui pourraient alors entraver significativement leur bien-être psychologique (Penninx *et al.*, 1996).

Parmi les effets de partenaires testés, seul l'effet du nombre de tracas quotidiens chez les femmes était significativement associé au groupe de changement de la détresse psychologique chez leur conjoint. Or, cette relation n'était pas significative lorsque la variable de changement de la détresse psychologique était prise de façon continue. Ces résultats suggéraient à nouveau la présence d'un point de coupure où l'augmentation du nombre de tracas quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de la détresse psychologique lorsque des changements significatifs sont observés sur cette variable chez les hommes âgés. D'autres études seront toutefois nécessaires afin de clarifier cette relation.

Certaines limites sont à considérer dans le cadre de cette étude. Le fait de recourir à seulement deux temps de mesure limite les inférences statistiques possibles concernant l'évolution des

variables. Une approche strictement longitudinale à plusieurs temps de mesure permettrait de recourir à des analyses de modélisation hiérarchique ou de croissance latente qui décriraient mieux le lien entre les variables de changement de l'étude et permettrait ainsi de mieux comprendre les prédicteurs du changement de la détresse psychologique au cours du temps. Il importe également de mentionner que les résultats trouvés se généralisent seulement auprès de couples âgés vivant à domicile présentant des caractéristiques similaires. De plus, la mesure de la détresse psychologique utilisée constitue une mesure générale de la détresse psychologique et ne constitue pas une mesure directe de l'état de santé mentale du participant. Par ailleurs, d'autres études seront nécessaires afin de déterminer si les groupes de changements de la détresse psychologique, selon une variation de 0,67 É-T au cours du temps, constituent une différence cliniquement significative. Néanmoins, il s'agit de la première étude examinant le changement de la détresse psychologique réalisée auprès d'un échantillon francophone de couples aînés du Québec et les résultats indiquent des différences significatives entre les groupes, renforçant ainsi la validité du point de coupure utilisé. De plus, cette étude permet de mieux comprendre les facteurs contribuant au changement de la détresse psychologique parmi cette population. Enfin, cette étude souligne l'importance de considérer non seulement l'évolution du changement de la détresse psychologique au cours du temps, mais également de distinguer le sens de ce changement afin de voir si celui-ci reflète une amélioration ou une diminution de la détresse psychologique au cours du temps.

En somme, il appert qu'un nombre non négligeable d'aînés voyaient une augmentation ou une diminution significative de leur détresse psychologique au cours des 18 mois de l'étude comparativement à l'ensemble de l'échantillon. Parmi les facteurs étudiés dans le cadre de cette étude, notons que le fonctionnement conjugal et le nombre de tracas quotidiens semblaient jouer un rôle important dans le changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes aînés de l'échantillon. En fonction de ces résultats, il serait pertinent que des études subséquentes s'intéressent à mesurer l'efficacité d'interventions conjugales et de gestion du stress afin de voir si ces types d'interventions seraient pertinents dans le cadre de mesures préventives de la détresse psychologique chez les couples aînés vivant à domicile.

Références

- Almeida, D.M., Piazza, J.R., Stawski, R.S., & Klein, L.C. (2011). The speedometer of life: Stress, health and aging. In K. Warner Schaie and S.L. Willis (ed.). *Handbook of the Psychology of Aging* (p. 191-206). San Diego: Elsevier Inc.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18(1), 25-34.
- Beach, S.R.H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G.H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 355-371.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(4), 507-528.
- Bentler, P.M., & Bonnett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-600.
- Bierman, A., Statland, D. (2010). Timing, social support, and the effects of physical limitations on psychological distress in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 631-639, doi:10.1093/geronb/gbp128.
- Boyer R., Prévile M., Légaré G., Valois P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation with latent variables*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bookwala, J., Franks, M.M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: the main effects model. *The Journal of gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences*, 60B, 338-341.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basics concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge.
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008, September). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Institut de la Statistique du Québec. Zoom Santé, 1-4.
- Caron, J., & Liu, A. (2010). Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et

- des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. *Maladies chroniques au Canada*, 30, 86-97.
- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 475-496.
- Coyne, J.C., & Benazon, N.R. (2001). Not Agent Blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. Dans S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp 25-43). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B., & Greden, J.F. (1987). Living with a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347-352.
- Davila, J., Karney, B.R., Hall, T.W., & Bradbury, T.N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 557-570.
- Dehle, C., & Weiss, R. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of marriage and the family*, 60, 1002-1011.
- Denning, T.R., Chi, L.Y., Brayne, C., Huppert, F.A., Paykel, E.S., & O'Connor, D.W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Aging*, 27, 23-33.
- Doucet, C., Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1998). Thèmes d'inquiétude et tendance à s'inquiéter chez les aînés. *Canadian Journal on Aging*, 17(4), 361-371.
- Ensel, W.M., Peek, M.K., Lin, N., & Lai, G. (1996). Stress in life course: A life history approach. *Journal of Aging and Health*, 8(3), 389-416.
- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T., & Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression : different causal relationship for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351-356.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007). Marital relationship

- and psychological distress : It's correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109-126.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2009). Marital adjustment and its association with gender and marital distress in old age. Paper presented at the 19th IAGG World Congress of Gerontology, Paris.
- Graham, J.M., & Conoley, C.W. (2006). The role of marital attributions in the relationship between life stressors and marital quality. *Personal Relationship*, 13(2), 231-241.
- Harper, J.M., Schaalje, B.G., Sandberg, J.G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 1-18.
- Holahan, C.K., Holahan, C.J., & Belk, S.S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology*, 3(4), 315-328.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228
- Jeon, H-S., Dunkle, R., & Roberts, B.L. (2006). Worries of the oldest-old. *Health & Social Works*, 31(4), 256-265.
- Joshi, K., Kumar, R., & Avasthi, A. (2003). Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *International Journal of Epidemiology*, 32, 978-987.
- Karney, B., & Bradbury T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two models of stress management: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., & Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York: The Guilford Press.
- Kim, J.E., & Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subjective well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 10(3), 83-86.
- Kurdek, L.A. (2005). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 494-510.

- Landreville, P., & Vezina, J. (1992). A comparison of daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal of Aging, 11*, 137-149.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist, 39*, 2, 124-129.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York: Spring Publishing.
- Miller, B., Townsend, A., & Ishler, K. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging, 10*, 65-77.
- Min, J.W., Moon, A., & Lubben, J.E. (2005). Determinants of psychological distress over time among older Korean immigrants and Non-Hispanic white elders: Evidence from a two-wave panel study. *Aging & Mental Health, 9*(3), 210-222.
- Monroe, S.M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine, 6*, 189-205.
- O'Leary, K.D., Riso, L.P., & Beach, S.R.H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy, 21*, 413-422.
- Penninx, B.W., et al. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research, 40*(5), 521-534.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 16*(3), 414-426.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., et al. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 822-832.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Préville, M., Vasiliadis, H-M., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J., Béland, S-G., & Scientific Committee of the ESA Study. (2009). Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement 28* (1), 51– 61.
- doi:10.1017/S0714980809090011

- Proulx, C.M., Helms, H.M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being : A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F.P. (2009). Self-rated health and depressive symptoms in patients with end-stage renal disease and their spouses : A longitudinal dyadic analysis of late-life marriages. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 64B(2), 212-221.
- Randall, A.K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.
- Robichaud, M., Dugas, M.J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Anxiety Disorders*, 17, 501-516. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00237-2
- Sabourin, S., Bouchard, G., Wright, J., Lussier, Y., & Boucher, C. (1988). L'influence du sexe sur l'analyse factorielle de l'échelle d'ajustement dyadique [The influence of sex on factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale]. *Science et comportement*, 18, 187-201.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 333-337. doi: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sandberg, J.C., & Harper, J.M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging and mental health*, 4(3), 210-222.
- Sandberg, J.C., Miller, R.B., & Harper, J.M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51(3), 256-264.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H-G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schulz, R., Mittelman, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of aging and health*, 6(4), 419-447.
- Scott, K.M., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical

- conditions : Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120.
- Serido, J., Almeida, D.M., & Wethington, E. (2004). Chronic stressors and daily hassles: Unique and interactive relationships with psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 17-33.
- Shields, M., & Martel, L. (2006). Des aînés en bonne santé. Rapport sur la santé. Vol. 16, supplément. retrouvé de <http://dsp-psd.tpsqc.qc.ca/Collection/Statcan/82-003-SIF2005000.pdf>
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- St-Arnaud J., M.P. Beaudet et P. Tully. 2005. Espérance de vie, Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n°1, 45 à 49.
- Statistique Canada (2007). Aînés, *Annuaire du Canada*, Statistique Canada Catalogue n° 11 402-XPF, Ottawa, p.21-34.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistic*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625-638.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996a). Depressive symptoms across older spouses: Longitudinal influences. *Psychology and Aging*, 11, 683-697.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996b). Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 51B(3), 115-129.
- Trudel, G. (2005). *Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*, 2^e édition. Sainte-Foy, Québec, : Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2010). Sexual and marital aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 316-341.
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada*, produit n° 89-519-XPE au Catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 321 pages.

- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D.W., & O'Hara, M. (1988). Marital adjustment difficulties: cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of science and clinical psychology*, 7(4), 312-318.
- Vaillant, C.O., & Vaillant, G.E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40 year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 230-239.
- Vézina, J., & Giroux, L. (1988). *L'échelle des embêtements: une étude de validation française du « Hassles Scale » pour les personnes âgées*. Communication présentée au 49^e Congrès Annuel de la Société Canadienne de Psychologie.
- Villeneuve, L., Préville, M., Trudel, G., & Boyer, R. (2010, Décembre). *Validation study of dyadic adjustment scale among community-dwelling French elderly couples*. Présentation par affiche présenté à l'Association Canadienne de Gérontologie, Montréal.
- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184-189.

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des participants au T1 (n=372 couples âgés)

Caractéristiques démographiques	Hommes	Femmes
Âge (<u>M</u> , <u>ÉT</u>)	75,15 (5,21)	72,32 (6,00)
Scolarité (%)		
Primaire (0-7 années)	18,00	13,70
Secondaire (8-15 années)	54,30	69,60
Post-secondaire (16-30 années)	27,70	16,70
Nationalité (%)		
Canadienne	96,80	96,80
Autres	3,20	3,20
Statut civil (%) ^a		
Marié	94,75	
Conjoint de fait	5,25	
Nombre d'années de vie commune (<u>M</u> , <u>ET</u>)	44,88 (12,00)	
Revenu familial (%)		
Moins de 25 000 \$	9,25	
25 000 - 35 000 \$	19,90	
Plus de 35 000 \$	61,95	
<u>Non disponible</u>	<u>8,90</u>	

^a Les résultats concernant le statut civil, le nombre d'années de vie commune et le revenu familial ont été combinés pour les hommes et les femmes puisqu'ils représentent l'unité conjugale.

Tableau 2

Données descriptives des variables au T1 et des variables de changement chez les hommes et les femmes (n = 372)

Variables	T1		Changement	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Détresse psychologique				
Moyenne (É-T)	9,68 (8,41)	13,48 (11,35)	0,77 (7,97)	0,99 (10,51)
Minimum	0	0	-26,19	-38,10
Maximum	45,24	61,90	28,57	38,10
Fonctionnement conjugal				
Moyenne (É-T)	121,40 (14,74)	117,36 (16,39)	0,06 (10,51)	0,20 (9,95)
Minimum	57	30	-36	-27,87
Maximum	150	149	38	32,00
Nombre de tracas quotidiens				
Moyenne (É-T)	5,09 (7,06)	6,06 (7,15)	0,06 (2,68)	0,17 (3,12)
Minimum	0	0	-8	-11
Maximum	34	34	10	11
Nombre de maladies chroniques				
Moyenne (É-T)	3,21 (2,09)	3,46 (2,18)	-0,13 (1,50)	-0,12 (1,48)
Minimum	0	0	-5	-5
Maximum	10	12	5	4
Santé perçue				
Moyenne (É-T)	2,26 (0,99)	2,41 (1,03)	0,05 (0,90)	0,02 (0,79)
Minimum	1	1	-3	-3
Maximum	5	5	3	3

Tableau 3

Qualité de l'ajustement des modèles imbriqués du Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les couples âgés (n = 372)

	χ^2	<i>ddl</i>	χ^2/ddl	AGFI	RMSEA	90 % IC RMSEA	$ \Delta \chi^2 $	<i>P</i>
<u>M₀</u>	171,68	45	3,81	0,89	0,09	0,07 - 0,10		
<u>M₁</u>	0,55	4	0,14	0,99	0,00	0,00 – 0,00	171,13**	< 0,001
<u>M₂</u>	39,80	34	1,17	0,97	0,02	0,00 – 0,04	39,25	n.s.

IC = Intervalle de confiance.

Note. L'indice d'ajustement AGFI mesure la proportion de variance et de covariance expliquée par le modèle ajusté en fonction du nombre de degrés de liberté. L'indice varie entre 0 et 1 où une valeur plus grande ou supérieure à 0,90 indique un bon ajustement du modèle (Bollen, 1989; Byrne, 2010). L'indice d'ajustement RMSEA indique comment le modèle est ajusté en fonction de la matrice de covariance de la population. Une valeur inférieure à 0,08 indique un ajustement satisfaisant du modèle (Bollen, 1989; Byrne, 2010).

Tableau 4

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement de la détresse psychologique chez les femmes et leur conjoint (n = 372 couples)

Variables de changement	Somme des carrés	dl	Carrés moyens	F	p
Fonctionnement conjugal					
Inter-groupe	633,35	2	316,67	3,24	0,04
Intra-groupe	36115,14	369	97,87		
Nombre de tracas quotidiens					
Inter-groupe	213,67	2	106,83	11,62	< 0,001
Intra-groupe	3393,98	369	9,20		
Perception de santé physique					
Inter-groupe	2,05	2	1,02	1,64	0,20
Intra-groupe	230,73	369	0,63		
Nombre de maladies chroniques					
Inter-groupe	8,38	2	4,19	1,91	0,15
Intra-groupe	809,64	369	2,19		

Tableau 4 (suite)

Fonctionnement conjugal					
(conjoint)					
Inter-groupe	415,85	2	207,92	2	0,14
Intra-groupe	38383,61	369	104,02		
Nombre de tracas					
quotidiens (conjoint)					
Inter-groupe	12,1	2	6,05	0,84	0,43
Intra-groupe	2661,71	369	7,21		
Perception de santé					
physique (conjoint)					
Inter-groupe	0,16	2	0,08	0,10	0,90
Intra-groupe	299,87	369	0,81		
Nombre de maladies					
chroniques (conjoint)					
Inter-groupe	5,86	2	2,93	1,31	0,27
Intra-groupe	823,95	369	2,23		

Tableau 5

Analyse de variance univariée sur les variables prédictives selon le niveau de changement psychologique chez les hommes et leur conjointe (n = 372 couples)

Variables de changement	Somme des carrés	dl	Carrés moyens	<i>F</i>	<i>p</i>
Fonctionnement conjugal					
Inter-groupe	683,16	2	341,58	3,31	0,04
Intra-groupe	38116,29	369	103,30		
Nombre de tracas quotidiens					
Inter-groupe	274,20	2	137,10	21,08	< 0,001
Intra-groupe	2399,62	369	6,50		
Perception de santé physique					
Inter-groupe	5,01	2	2,51	3,13	0,04
Intra-groupe	295,02	369	0,80		
Nombre de maladies chroniques					
Inter-groupe	21,35	2	10,68	4,87	0,008
Intra-groupe	808,46	369	2,19		

Tableau 5 (suite)

Fonctionnement conjugal					
(conjointe)					
Inter-groupe	41,36	2	20,68	0,21	0,81
Intra-groupe	36707,13	369	99,48		
Nombre de tracas					
quotidiens (conjointe)					
Inter-groupe	58,78	2	29,39	3,06	0,048
Intra-groupe	3548,86	369	9,62		
Perception de santé					
physique (conjointe)					
Inter-groupe	0,07	2	0,03	0,05	0,95
Intra-groupe	232,71	369	0,63		
Nombre de maladies					
chroniques (conjointe)					
Inter-groupe	3,31	2	1,66	0,75	0,47
Intra-groupe	814,72	369	2,21		

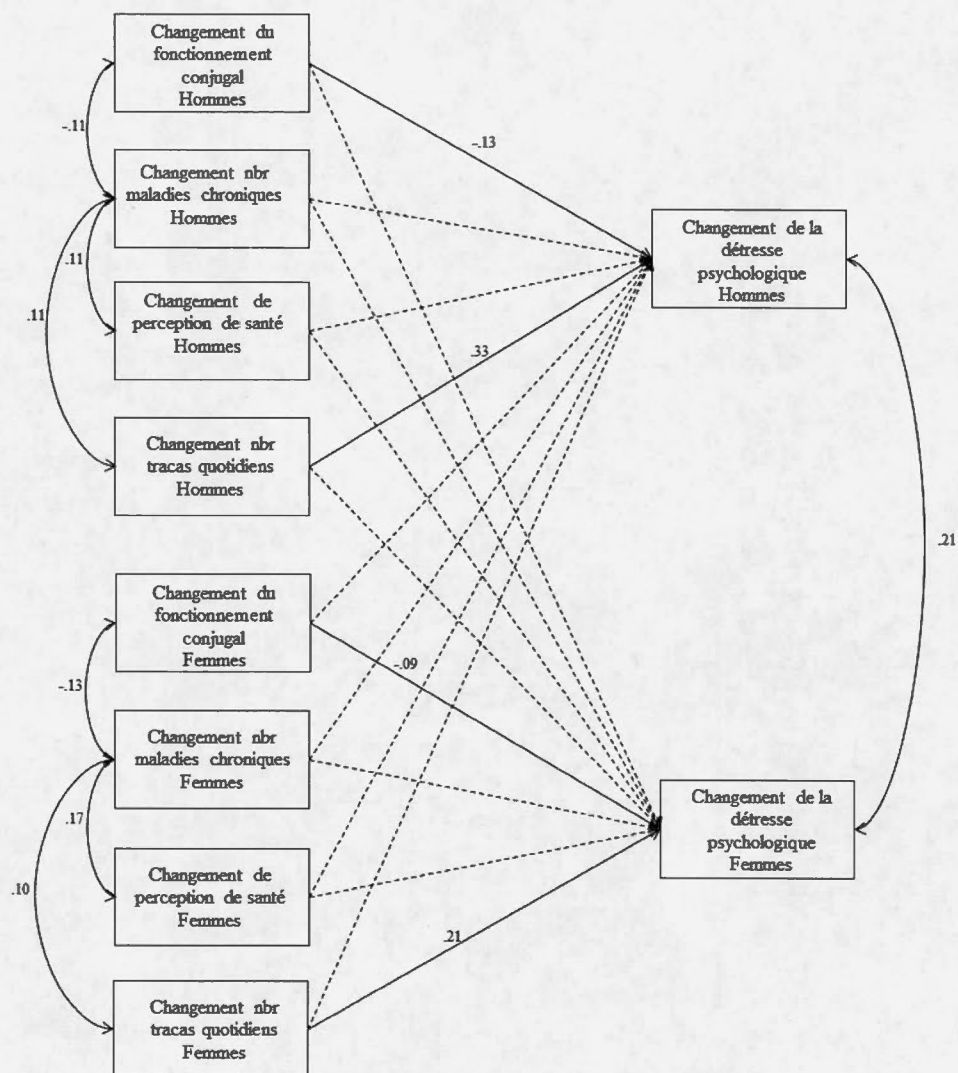
Tableau 6

Moyenne (écart-type) des variables de changement selon les groupes de changement de détresse psychologique chez les hommes et les femmes (n = 372)

Variables de changement	Groupe diminution significative de la détresse psychologique		Groupe sans changement détresse psychologique		Groupe augmentation significative de la détresse psychologique	
	Hommes (n = 65)	Femmes (n = 80)	Hommes (n = 224)	Femmes (n = 197)	Hommes (n = 83)	Femmes (n = 95)
Détresse psychologique	-11,21 (3,90)	-12,79 (6,31)	0,30 (3,00)	0,25 (3,10)	11,43 (4,67)	14,13 (6,68)
Fonctionnement conjugal	2,80 (10,77)	2,45 (10,04)	-0,20 (9,93)	0,02 (9,77)	-1,41 (10,31)	-1,33 (10,03)
Nombre de tracas quotidien	-1,02 (2,47)	-1,13 (3,01)	-0,19 (2,41)	0,27 (2,81)	1,55 (2,96)	1,07 (3,47)
Perception de santé physique	-0,15 (1,11)	-0,05 (0,74)	0,05 (0,81)	-0,01 (0,82)	0,22 (0,92)	0,15 (0,76)
Nombre de maladies chroniques	-0,62 (1,53)	-0,31 (1,45)	0,03 (1,43)	-0,15 (1,35)	-0,18 (1,56)	0,12 (1,74)

Figure 1

Modèle prédicteur du changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes âgés vivant en couple (n = 372)



CHAPITRE V
DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre consiste en une discussion générale portant sur les principaux résultats de cette thèse, des retombées cliniques et des transferts de connaissances en découlant. Les forces et les limites de l'étude ainsi qu'une réflexion critique exposant les pistes de recherches futures sont également abordées.

5.1 Synthèse des principaux résultats

5.1.1 Validation de l'échelle d'ajustement dyadique

La première étude de cette thèse avait pour but de valider l'ÉAD de Spanier (1976) auprès d'un échantillon représentatif de couples âgés francophones vivant à domicile. Les résultats ont montré que l'instrument de mesure obtient de bons indices de validité auprès de cette population. La structure factorielle du questionnaire telle que proposée par Sabourin *et al.* (1990) à partir d'un modèle hiérarchique apparaît bien représenter la conceptualisation du fonctionnement conjugal chez les couples âgés francophones du Québec. Malgré le fait que l'ensemble du questionnaire montre de bons indices de validité, la sous-échelle Expression Affective présente un faible indice de validité. À cet effet, il est possible que des caractéristiques inhérentes aux aînés telles qu'une plus faible prévalence de rapports sexuels coïtaux (Dargis *et al.*, 2012) apparaissent affecter la validité de cette sous-échelle. Il importe toutefois de se rappeler que cette sous-échelle a été souvent critiquée dans le cadre d'autres études réalisées auprès de différentes populations (p. ex., Baillargeon *et al.*, 1986; Kurdek, 1992; Graham *et al.*, 2006) puisqu'elle comprend uniquement quatre items dont les échelles de mesure diffèrent (4 c. 2 choix de réponse). Par ailleurs, la pertinence des items 9 (degré d'accord entre les conjoints en regard des parents), 15 (degré d'accord entre les conjoints concernant les décisions professionnelles), 17 (quitter la maison après une dispute) et 29 (être trop fatigué pour avoir des rapports sexuels) a également été remise en question, compte tenu de leur faible représentativité auprès des couples aînés. L'inclusion de ces items n'affecte toutefois pas négativement la validité du questionnaire

et leur utilisation peut être maintenue dans le but de permettre une comparaison avec les autres populations telles que chez les couples plus jeunes. Les cliniciens et les chercheurs doivent néanmoins prendre conscience que ces items ne reflètent sans doute pas la réalité de l'ensemble des couples âgés, comme en témoigne la forte asymétrie des réponses obtenues pour ces items. Certaines modifications ont été proposées concernant ces items notamment quant à leur formulation afin de mieux refléter la réalité des couples âgés. Par exemple, les questions portant sur les rapports sexuels coïtaux pourraient être remplacées par des questions reflétant davantage des manifestations sexuelles non génitales (p. ex., caresser, embrasser) qui semblent correspondre davantage à leur réalité sexuelle (Dargis *et al.*, 2012; Jarousse, 1995; Trudel, 2002). Bien que l'ÉAD telle que proposée par Spanier (1976) puisse être utilisée dans son ensemble auprès de couples âgés francophones, il apparaît important que d'autres études examinent les indices de validité de cet instrument de mesure auprès d'une diversité de couples âgés tels que ceux vivant en institution ou encore auprès de ceux dont l'un des conjoints agit à titre d'aidant naturel. De plus, en tenant compte des items démontrant une plus faible validité, la réalisation d'autres études s'avèrerait pertinente afin de concevoir et de valider une version modifiée du questionnaire qui reflèterait le plus fidèlement possible la vie conjugale des couples âgés.

5.1.2 Rôle modérateur du fonctionnement conjugal

La deuxième étude de cette thèse avait pour principal objectif d'examiner le rôle modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation longitudinale entre la santé physique et la détresse psychologique chez les couples âgés. À notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée abordant cet objectif en ayant recours à un échantillon de couples âgés vivant à domicile et en utilisant des analyses dyadiques et longitudinales. De plus, cette recherche figure parmi les rares études réalisées auprès des couples âgés utilisant des mesures de santé physique complémentaires (nombre de maladies chroniques, perception de la santé physique). Dans l'ensemble, les résultats ont montré que les couples âgés présentent en moyenne un bon fonctionnement conjugal, une bonne condition de santé physique et peu de détresse psychologique. De plus, la majorité des âgés de l'échantillon rapporte une excellente ou très bonne perception de leur santé physique, et ce, bien qu'elles présentent en moyenne trois maladies chroniques.

Tel qu'attendu, le fonctionnement conjugal et le nombre de maladies chroniques prédisent significativement la détresse psychologique des hommes et des femmes âgés vivant en couple. Chez les femmes, la relation entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique apparaît toutefois plus forte que chez leurs homologues masculins, laissant ainsi voir des différences liées au sexe. À cet effet, ainsi que le suggèrent Fincham *et al.* (1997), il est possible que les femmes se sentent plus responsables du bon fonctionnement de leur relation conjugale que leur conjoint. Une autre différence liée aux genres trouvée dans le cadre de cette étude montre également que la perception de la santé physique prédit significativement la détresse psychologique des femmes âgées, alors que cette relation n'apparaît pas significative chez les hommes. Le modèle de Verbrugge et Jette (1994) peut apporter un éclairage intéressant sur ces résultats en suggérant que les femmes âgées, percevant leur santé physique moins positivement que d'autres, sont moins confiantes en leurs habiletés à répondre aux demandes extérieures, ce qui pourrait contribuer à l'incidence de leur détresse psychologique. Chez les hommes, il est possible que cette relation existe seulement lorsqu'ils présentent une moins bonne perception de leur santé. Or, dans le cadre de cette étude, un plus grand nombre d'hommes âgés rapportaient une excellente ou très bonne santé physique comparativement aux femmes.

En lien avec l'objectif principal de cette étude, les résultats n'ont pu montrer la présence d'un effet modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation longitudinale entre le nombre de maladies chroniques et la détresse psychologique chez les couples âgés. Ces résultats peuvent paraître en contradiction avec ceux rapportés dans la littérature (p. ex., Bookwala, 2011; Bookwala & Franks, 2005; Mancini & Bonanno, 2006), mais il importe de considérer les différences méthodologiques entre ces études et la présente recherche. En effet, les études recensées étaient principalement réalisées auprès d'échantillons de personnes âgées rapportant davantage de problèmes de santé physique et de limitations fonctionnelles et la très grande majorité avait recours à un devis transversal plutôt que longitudinal. Dans le cadre de cette étude, même en examinant la présence d'un effet modérateur du fonctionnement conjugal dans la relation transversale du nombre de maladies chroniques et de la détresse psychologique, aucun effet significatif n'a pu être trouvé. En tenant compte de cette distinction, il est donc possible de croire que l'effet modérateur du fonctionnement conjugal est plus susceptible de se manifester dans un contexte où les couples âgés présentent plus de problèmes de santé physique ou de

limitations fonctionnelles. Il apparaît important, en regard à ces résultats, que d'autres études soient réalisées afin de mieux comprendre dans quel contexte le fonctionnement conjugal peut constituer un effet modérateur entre la santé physique et la détresse psychologique. Avoir une meilleure compréhension de cette relation permettrait de mieux cibler les aînés qui bénéficieraient d'interventions conjugales afin de prévenir l'incidence de la détresse psychologique susceptible d'être exacerbée par des problèmes de santé physique.

Pour la deuxième mesure de santé, les résultats ont montré que le fonctionnement conjugal constitue un élément modérateur dans la relation sur 18 mois entre la perception de la santé physique et la détresse psychologique chez les femmes aînées. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, cet effet modérateur se retrouve uniquement chez les femmes aînées rapportant un bon fonctionnement conjugal. Ceci laisse croire que ces femmes seraient plus sensibles au stress engendré par une faible perception de la santé physique, ce qui augmenterait alors l'incidence de la détresse psychologique au cours du temps. Chez les femmes aînées rapportant un moins bon fonctionnement conjugal, il semble que ce soit la relation conjugale qui expliquerait la principale part de la détresse psychologique et que l'effet à long terme d'une plus faible perception de la santé physique aurait alors une moins grande incidence sur cette détresse. En tenant compte du modèle d'incapacité de Verbrugge et Jetté (1994), une autre explication serait que les femmes présentant un meilleur fonctionnement conjugal ressentiraient plus de détresse psychologique lorsqu'elles présentent une moins bonne perception de leur santé physique, comparativement à celles démontrant une meilleure perception de leur santé, parce qu'elles anticipent des difficultés à venir en fonction des réponses de leur environnement. Un autre élément d'interprétation à explorer pour mieux comprendre les résultats obtenus à l'égard de cet effet modérateur significatif concerne la mesure utilisée pour évaluer le fonctionnement conjugal des participants. En effet, il est possible que les femmes aînées chez qui un effet modérateur a été trouvé entre le fonctionnement conjugal et la perception de santé physique présentent des caractéristiques particulières au niveau du fonctionnement conjugal et pour laquelle la mesure auto-rapportée n'a pu déceler avec suffisamment de précision la présence d'une problématique conjugale sous-jacente. Par exemple, différentes études réalisées auprès de couples dont l'un des conjoints présente un trouble panique avec agoraphobie ont montré que ces participants avaient tendance à sous-estimer ou à nier la présence de problèmes conjugaux (p. ex., Friedman, 1990; Hafner *et al.*,

1989) et que les difficultés conjugales pouvaient par conséquent échapper aux évaluations de type papier-crayon telle l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976). À cet égard, il pourrait être intéressant de recourir à d'autres types de mesures pour évaluer le fonctionnement conjugal des participants telle l'utilisation de mesure de cotation comportementale. Il importe toutefois de rappeler que l'effet modérateur trouvé dans le cadre de la présente recherche demeure de faible amplitude et que les effets principaux de la détresse psychologique s'expliquent principalement par le fonctionnement conjugal et les variables de santé physique.

Aucun effet de partenaire significatif n'a été trouvé dans le cadre de cette étude. Ce résultat peut paraître surprenant compte tenu du fait que les couples aînés de notre échantillon vivent en couple depuis un long moment (42 ans en moyenne) et qu'ils doivent, par conséquent, partager des caractéristiques similaires (Coyne *et al.*, 1987). Il est possible que les effets de partenaires se révèlent davantage auprès d'échantillons de couples aînés présentant un moins bon fonctionnement conjugal ou encore auprès de ceux rapportant plus de détresse psychologique, plus de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles. D'autres études seront nécessaires pour valider ces hypothèses.

5.1.3 Changement de la détresse psychologique et facteurs associés

La troisième étude de cette thèse avait pour but d'examiner les facteurs associés au changement de la détresse psychologique des couples âgés vivant à domicile. Parmi les variables de changement mesurant les tracas quotidiens, le fonctionnement conjugal, le nombre de maladies chroniques et la perception de la santé physique, c'est le changement du nombre de tracas quotidiens qui explique une plus grande part de l'évolution de la détresse psychologique chez les couples aînés. Il apparaît important de tenir compte des sources de tracas quotidiens chez les couples âgés et de considérer leur évolution puisqu'une augmentation du nombre de tracas quotidiens est associée à une augmentation de la détresse psychologique. Chez les hommes, les résultats montrent que le changement de fonctionnement conjugal est associé au changement de leur détresse psychologique, alors que cette relation n'est pas significative chez les femmes. En fonction des variables de santé, aucune association significative avec le changement de la détresse psychologique n'a été trouvée. Il est possible que le lien normalement attendu entre les

variables de changement de la santé physique, du fonctionnement conjugal et de la détresse psychologique se reflète davantage selon le contexte de changement de cette détresse (augmentation c. diminution).

Ainsi, la deuxième partie de cette étude s'est attardée à examiner les effets du changement des variables indépendantes selon trois groupes de changement de la détresse psychologique (augmentation, diminution, stabilité). À cet effet, près du quart des hommes et des femmes âgés de l'échantillon montrent une augmentation de leur détresse psychologique au cours des 18 mois de l'étude, alors que près de 20 % d'entre eux présentent une diminution.

En regard aux groupes de changement de la détresse psychologique, les résultats indiquent qu'une augmentation du nombre de tracas quotidiens est associée positivement aux changements de la détresse psychologique chez les deux membres du couple. Ce résultat est similaire à celui trouvé lorsque la variable de la détresse psychologique était prise de manière continue. Chez les hommes âgés, le fonctionnement conjugal apparaît toujours associé négativement aux groupes de changement de la détresse psychologique tel que trouvé précédemment lorsque la variable de la détresse était analysée de façon continue. Contrairement aux résultats précédents, le regroupement du changement de la détresse psychologique en catégories a permis de montrer une association négative avec le fonctionnement conjugal des femmes âgées et avec la santé physique des couples âgés. Le fait que ces relations s'observent uniquement lorsque la variable de la détresse psychologique est regroupée selon trois catégories de changement laisse supposer la présence d'un point de coupure. Il est également possible que la relation entre ces variables s'exprime davantage sous une autre forme que celle qui a été testée (quadratique ou linéaire). En ce sens, il est important que d'autres études soient réalisées afin de mieux comprendre la relation entre ces variables. Concernant le nombre de maladies chroniques, les résultats révèlent une relation quadratique avec les groupes de changement de la détresse psychologique chez les hommes et les femmes. Ces résultats demeurent surprenants, mais peuvent s'expliquer par le fait que, dans l'ensemble, les participants présentent peu de changement quant au nombre de maladies chroniques rapportées. Il est également possible que cela soit attribuable aux caractéristiques des participants de l'étude ou encore aux limites de l'instrument de mesure utilisé; celui-ci impliquant un risque de biais de rappel puisqu'il s'agit d'une mesure auto-

rapportée. Enfin, un effet de partenaire a été trouvé et révèle qu'une augmentation de la détresse psychologique des hommes âgés est associée à une augmentation des tracas quotidiens chez leur conjointe. Ce résultat laisse voir que les hommes âgés seraient sensibles aux tracas quotidiens de leur conjointe en constituant un facteur de risque associé à l'augmentation de leur détresse psychologique.

En regard aux résultats de la présente étude, il apparaît important que d'autres études soient réalisées afin de voir si des interventions conjugales et de gestion du stress permettraient de prévenir une augmentation de la détresse psychologique de manière probante chez les couples âgés, puisque le fonctionnement conjugal et les tracas quotidiens constituent les deux variables de notre modèle les plus fortement associés au changement de la détresse psychologique chez les deux membres du couple.

5.2 Implications cliniques des résultats

Bien que les retombées du présent projet de recherche doctoral ne réfèrent pas à l'application directe de mesures de traitement auprès des couples âgés, certaines retombées cliniques sont à considérer.

À partir des données découlant de la première étude, les cliniciens œuvrant auprès des couples âgés pourront recourir à l'ÉAD en sachant que, dans l'ensemble, ce questionnaire représente bien le fonctionnement conjugal de ces couples. De plus, il leur sera possible de se référer à cette étude afin de comparer la moyenne obtenue pour leur clientèle avec celle de la présente thèse qui démontre en moyenne un bon fonctionnement conjugal et qui constitue un échantillon représentatif des couples âgés vivant à domicile au Québec.

Sur le plan clinique, il ressort également que les professionnels de la santé travaillant auprès de personnes âgées doivent considérer l'importance du fonctionnement conjugal et des tracas quotidiens sur les symptômes de la détresse psychologique. Ces variables ont non seulement un effet à court terme, mais également des répercussions à plus long terme, et ce, jusqu'à 18 mois. De plus, bien que les couples âgés recrutés dans le cadre de cette thèse présentent en général une

bonne condition de santé physique, il apparaît qu'une faible perception de celle-ci chez les femmes âgées ainsi qu'un plus grand nombre de maladies chroniques chez les hommes et les femmes âgés sont associés à long terme à leur détresse psychologique. En lien avec ces résultats, il semble pertinent de mieux informer les cliniciens sur l'importance de tenir compte de l'état de santé physique de cette clientèle dans la prévention de la détresse psychologique, et ce, autant à partir de mesures objectives (p. ex., le nombre de maladies chroniques) que de mesures subjectives (p. ex., la perception de la santé physique).

Considérant que les conjoints partagent des expériences de vie similaires et des caractéristiques communes, il serait pertinent que les professionnels s'attardent davantage au contexte de vie de la personne et des caractéristiques conjugales en découlant. Bien que seul un effet de partenaire ait été trouvé dans le cadre de cette thèse, plusieurs auteurs ont fait état de l'interdépendance des conjoints et de l'influence des caractéristiques d'un conjoint sur l'autre partenaire (Benazon & Coyne, 2000; Coyne *et al.*, 1987; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2005). Il importe de tenir compte de l'ensemble des stressors psychosociaux susceptibles de contribuer à la détresse psychologique d'une personne âgée et de ce fait, de prendre conscience que la situation de vie de l'autre conjoint a également une incidence sur la détresse psychologique de l'individu. Ces données suggèrent aux cliniciens de définir la personne âgée dans un contexte systémique et biopsychosocial en considérant non seulement les facteurs individuels susceptibles d'affecter leur bien-être psychologique, mais également les facteurs contextuels tels que les caractéristiques du conjoint.

Enfin, les données de la présente thèse soulignent également l'importance de la relation conjugale dans l'incidence et le changement de la détresse psychologique chez les couples âgés. Il semble pertinent que les cliniciens développent des stratégies d'intervention conjugale afin de favoriser un meilleur bien-être psychologique et conjugal chez cette clientèle. À cet effet, une étude réalisée auprès de personnes âgées de 55 à 69 ans ne rapportant pas de détresse conjugale a permis de montrer que des interventions au sein du couple permettaient d'améliorer significativement leur satisfaction maritale (Trudel, Anderson, Villeneuve, & Boyer, 2008). La littérature rapporte également que des interventions de couple permettent de diminuer la symptomatologie dépressive et d'améliorer la satisfaction conjugale chez des couples plus jeunes

présentant une détresse conjugale où l'un des conjoints rapporte également des symptômes dépressifs (voir Bélanger, El-Baalbaki, Leduc, & Coyne, 2008). Ces données, conjuguées à celles de la présente thèse, laissent croire que des interventions conjugales pourraient être bénéfiques pour diminuer les symptômes dépressifs chez les couples âgés. D'autres études réalisées auprès de cette clientèle seront toutefois nécessaires afin de confirmer cette hypothèse.

5.3 Considérations méthodologiques

5.3.1 Limites des études

Certaines limites découlant de la présente thèse sont à considérer. En observant les caractéristiques des couples aînés composant l'échantillon, les résultats obtenus peuvent être généralisés uniquement auprès des couples aînés vivant à domicile, présentant de façon générale de bonnes conditions de santé physique, un bon fonctionnement conjugal, peu de tracas quotidiens et peu de détresse psychologique. De plus, pour des raisons financières et d'accessibilité, les couples aînés demeurant dans les régions éloignées du Québec n'ont pu être inclus dans la présente thèse, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à cette population. Il est important de mettre en perspective que les données ont été recueillies auprès des couples âgés hétérosexuels et originaires, pour la très grande majorité, du Canada. Il ne peut donc pas être possible de généraliser les résultats obtenus aux couples âgés homosexuels ou provenant d'une minorité culturelle, par exemple.

De plus, en fonction des analyses longitudinales utilisées, il n'a pu être possible de recourir à des analyses statistiques plus pointues telles que des analyses de croissance latente, puisque seulement deux temps de mesure ont pu être recueillis dans le cadre de ce projet de recherche. Bien que les analyses longitudinales réalisées constituent en elle-même une force, compte tenu du caractère unique qu'elles confèrent au projet de recherche réalisé auprès de ces couples, l'accent doit être mis sur la poursuite d'études en ayant recours à plus de deux temps de mesure. En effet, une telle analyse permettrait une meilleure compréhension de l'évolution du changement de la détresse psychologique (voir Kenny *et al.*, 2006).

Sur le plan méthodologique, il importe de tenir compte également du fait que les instruments de mesure utilisés constituent des données auto-rapportées et qu'un risque de biais de rappel peut être présent. Par exemple, pour l'échelle de mesure examinant le nombre de maladies chroniques rapportées, il est possible que des différences soient observées si l'on compare les résultats obtenus avec ceux provenant d'autres sources telles que l'évaluation directe d'un professionnel de la santé ou des données provenant de la RAMQ. Néanmoins, plusieurs études épidémiologiques ont recours à cette mesure considérant la limite de temps et les coûts générés par ces études de grande envergure (p. ex., Angner *et al.*, 2009; Capeliez *et al.*, 2004; Tower *et al.*, 2007).

Les mesures utilisées dans le cadre de cette thèse regroupent des données rétrospectives faisant appel à différents temps de rappel sont également à considérer comme limite méthodologique. En effet, la mesure des symptômes de la détresse psychologique réfère aux symptômes rapportés au cours de la dernière semaine, alors que l'échelle des tracas quotidiens mesure les sources de tracas quotidiens survenus au cours du dernier mois. Les échelles de mesure du fonctionnement conjugal et de la santé physique ne réfèrent pas, quant à elles, à un temps précis. Il est possible que ces disparités aient un impact sur la force des liens et diminuent la probabilité de trouver des liens significatifs entre les variables de l'étude. En regard à cette limite, les prochaines études devront prendre soin d'uniformiser le temps des échelles de mesure utilisées afin d'accroître la probabilité de retrouver des relations significatives entre les variables.

Concernant la mesure de la détresse psychologique, il faut rappeler ici que l'IDPESQ-14 ne constitue pas une mesure directe des troubles de santé mentale. Cet instrument de mesure permet d'avoir un indice des symptômes de la détresse psychologique les plus souvent rapportés cliniquement, soit les symptômes dépressifs, anxieux, d'irritabilité et les problèmes cognitifs. Cette mesure a été privilégiée afin d'obtenir un portrait général des symptômes de la détresse psychologique chez la population des couples aînés vivant à domicile. Par conséquent, en fonction du changement de la détresse psychologique qui a été calculée dans le cadre de la troisième étude, il importe de tenir compte qu'il constitue un changement significatif par rapport à la majorité de l'échantillon de la présente thèse et qu'il ne réfère pas nécessaire à un changement cliniquement significatif sur le plan de la santé mentale. Le fait que des liens

significatifs ont pu être retrouvés entre les variables de l'étude uniquement lorsque la variable de changement de la détresse psychologique était catégorisée souligne néanmoins la pertinence de ce regroupement.

5.3.2 Forces des études

Cette thèse comporte d'importantes forces méthodologiques. Il s'agit de la première étude longitudinale réalisée sur une longue période (18 mois) auprès d'un échantillon représentatif de la population des couples âgés francophones vivant à domicile au Québec. Par ailleurs, aucune étude anglophone comparable n'a pu être recensée au Canada, ce qui lui confère d'autant plus un caractère unique. Il s'agit également de la première étude réalisée auprès des couples âgés qui incluent les deux membres du couple, permettant ainsi de tenir compte des effets de partenaire. Une autre force concerne l'échantillon qui est composé de couples âgés représentatifs du Québec recrutés dans différentes régions de la province couvrant un large territoire et représentant équitablement les régions rurales, métropolitaines et urbaines.

En regard à l'évaluation de la condition de la santé physique des participants, il s'agit de la première étude réalisée auprès des couples âgés ayant recours à deux échelles de mesure de santé physique complémentaires. Cette particularité a permis de voir l'importance de considérer à la fois des mesures objectives et subjectives de la santé physique afin d'obtenir un portrait plus global de leur santé des participants, comme le recommande Pinquart (2001). Il en ressort entre autres que malgré le fait que les âgés composant l'échantillon rapportent en moyenne trois maladies chroniques, la grande majorité d'entre eux se disent en excellente ou très bonne santé physique par rapport à leurs pairs.

Une autre force de l'étude provient du fait que tous les participants ont été rencontrés à leur domicile par une infirmière qualifiée en recherche. Cette particularité a sans doute permis de mettre en confiance et de recruter un plus grand nombre de participants. Des mesures particulières ont également été utilisées afin d'assurer la confidentialité des réponses non seulement entre les conjoints, mais également auprès de l'infirmière. En effet, les participants

étaient invités à répondre aux questions portant sur leur vie conjugale et sexuelle à l'aide d'un clavier numérique, réduisant ainsi le risque de biais dû à la désirabilité sociale.

5.4 Pistes de recherches futures

En tenant compte des résultats obtenus et des limites inhérentes à ce projet de recherche, il semble important de reprendre les études réalisées dans le cadre de cette thèse auprès de couples âgés présentant davantage de limitations fonctionnelles (p. ex., chez les couples dont l'un des conjoints est un proche aidant) afin de comparer les résultats avec ceux de la présente thèse. Une telle comparaison permettrait sans doute de mieux comprendre le rôle du fonctionnement conjugal sur l'incidence de la détresse psychologique dans un contexte de santé physique plus lourd, favorisant ainsi la mise en œuvre d'interventions plus spécifiques à cette clientèle.

Il apparaît également essentiel que d'autres études explorent les facteurs associés à l'incidence et au changement de la détresse psychologique se réalisant sur plusieurs temps de mesure. Une meilleure compréhension de l'évolution de la détresse psychologique et des mécanismes contribuant au changement permettrait de mieux cibler les éléments de prévention à mettre en place. D'emblée, les données de la présente thèse laissent voir que les changements liés au stress et plus particulièrement aux tracasseries quotidiens ainsi que le changement du fonctionnement conjugal sont les variables qui contribuent le plus au changement de la détresse psychologique chez les aînés vivant en couple. L'inclusion d'autres variables pertinentes à l'étude du vieillissement, telles que le changement de statut cognitif et le changement de qualité du sommeil, serait importante à explorer pour mieux documenter les facteurs contribuant au changement de la détresse psychologique des personnes aînées.

Considérant que les résultats provenant de cette thèse montrent qu'en moyenne les couples âgés présentent peu de détresse psychologique, un bon fonctionnement conjugal, peu de tracasseries quotidiens et une bonne condition de santé physique, il apparaîtrait intéressant que l'on poursuive également les recherches auprès de cette population en adoptant un regard plus positif. En effet, à l'instar de la détresse psychologique, il serait important également de s'intéresser au construit opposé qu'est l'étude du bien-être psychologique et des facteurs

associés. Une telle analyse permettrait de comprendre les éléments favorisant un plus grand bien-être psychologique et servirait de prémisse pour l'établissement de mesures préventives assurant une meilleure santé mentale. Une approche axée sur la prévention de la détresse psychologique serait en lien avec les objectifs formulés dans le cadre du Plan en santé mentale du Québec (MSSS, 2005) et permettrait de préciser davantage les éléments à mettre en place chez les aînés et plus particulièrement auprès des couples aînés vivant à domicile.

5.5 Transfert des connaissances

Dans le cadre des campagnes de sensibilisation lancées par le gouvernement du Québec, il est primordial que la population soit mieux informée de la situation de vie des aînés et plus particulièrement de ceux vivant à domicile. En effet, les données de recherche de cette thèse montrent qu'en moyenne, les couples aînés vivant à domicile affichent un bon fonctionnement conjugal, peu de tracas quotidiens et peu de détresse psychologique, et ce, bien que la majorité de l'échantillon présente au moins une maladie chronique. La transmission de ces informations pourrait s'inscrire directement dans la réduction des préjugés liés à l'âgisme en permettant d'avoir un regard plus réaliste sur la situation de vie des couples âgés. Comme le souligne le Conseil des aînés du Québec (mars 2010), la représentation des aînés dans la société se décrit principalement à travers une vision négative marquée entre autres par la solitude et des pertes physiques et cognitives.

Il serait également pertinent également que les professionnels de la santé œuvrant auprès des aînés soient sensibilisés davantage sur l'impact du fonctionnement conjugal, de l'état de santé physique et des tracas quotidiens sur le changement de la détresse psychologique chez cette clientèle. Une meilleure sensibilisation des principaux acteurs gouvernementaux et des professionnels de la santé sur l'importance de la relation conjugale au cours du vieillissement pourrait, par exemple, agir comme prémisse dans la réflexion de changement d'organisation des services de santé offerts auprès des aînés. En effet, bien que cette situation demeure peu documentée (Blanchard, 2008), il pourrait être valable de remettre en question certaines pratiques où il n'est pas rare de voir des couples âgés vivant ensemble depuis plusieurs décennies être séparés lors de l'admission d'un des membres du couple dans une ressource d'hébergement.

Parmi l'ensemble des professionnels de la santé, il serait judicieux de cibler plus directement les médecins et les psychologues puisqu'ils constituent les deux groupes de professionnels le plus souvent consultés par les aînés pour des symptômes de détresse psychologique (voir Prévile, Vasiliadis, Boyer, & Goldfarb, 2009). En tenant compte des résultats obtenus dans le cadre de cette thèse, ces professionnels auraient avantage à être informés de l'importance de tenir compte des variables conjugales, de tracas quotidiens et de la santé physique sur l'incidence et le maintien des symptômes de détresse psychologique chez les couples aînés. Il apparaît justifié de mieux informer les professionnels de la santé puisqu'il est possible de croire que s'ils ne tiennent pas compte de ces éléments, le traitement offert (que ce soit la médication et/ou la psychothérapie) pour diminuer les symptômes de détresse ne sera pas aussi efficace (p. ex., Bélanger *et al.*, 2008).

Concernant plus spécifiquement les psychologues, il semble important qu'ils soient mieux informés de la situation des aînés et il apparaît également essentiel de sensibiliser ces professionnels dans une approche plus globale afin de les inciter davantage à travailler en gériatrie. Pour ce faire, les programmes universitaires en psychologie pourraient contribuer directement à la transmission des connaissances liées au vieillissement et permettraient de sensibiliser davantage les futurs psychologues à l'importance d'intervenir auprès de cette clientèle. Il est essentiel qu'une sensibilisation soit faite auprès des futurs psychologues puisqu'à l'instar d'autres professionnels de la santé, une étude de Lee, Volans et Gregory (2003) montre que les stagiaires en psychologie rapportent peu d'intérêt à travailler auprès d'une clientèle âgée comparativement à d'autres groupes d'âge et que leurs explications découlent principalement d'âgisme ou de peur par rapport au vieillissement et à la mort.

5.6 Conclusion générale

Tenant compte des résultats obtenus dans le cadre de cette thèse, le fonctionnement conjugal constitue un élément important dans la vie des couples âgés. En effet, il s'agit d'un prédicteur important de la détresse psychologique à long terme et il est négativement associé au changement de cette détresse. Rappelons également que le changement des tracas quotidiens est

la variable la plus fortement corrélée au changement de la détresse psychologique des couples âgés vivant à domicile. Par ailleurs, un effet de partenaire a pu être décelé chez les hommes âgés, indiquant qu'une augmentation des tracas quotidiens chez leur conjointe est associée à une augmentation de leur détresse psychologique. Ce résultat dénote la pertinence pour les professionnels de tenir compte du contexte de vie de leur clientèle et tout particulièrement des caractéristiques du conjoint.

Les résultats indiquent également que le nombre de maladies chroniques ainsi que la perception de la santé physique sont à considérer dans la prédiction et le changement de la détresse psychologique chez les couples âgés. Selon l'effet modérateur du fonctionnement conjugal, une faible perception de la santé physique apparaît avoir un impact plus grand au cours du temps sur la détresse psychologique des femmes âgées présentant une bonne relation conjugale, comparativement à celles présentant plus de difficultés conjugales.

De façon générale, les résultats montrent que les participants présentent en moyenne peu de détresse psychologique et de tracas quotidiens, une bonne condition de santé physique et un bon fonctionnement conjugal. De tels résultats projettent une image positive du vieillissement chez les couples âgés vivant à domicile et laissent présager qu'ils se sont en moyenne bien adaptés jusqu'alors aux changements survenant au cours de leur vieillissement. Néanmoins, un nombre non négligeable (23 %) de participants ont vu une augmentation importante de leur détresse psychologique par rapport à la moyenne des participants au cours de l'étude et il souligne l'importance de s'y attarder davantage, considérant l'impact de l'incidence de cette détresse chez les aînés. L'établissement de stratégies d'intervention visant à diminuer l'incidence de cette détresse psychologique s'avère essentielle. En ce sens, les résultats de la présente thèse conjugués à ceux d'études cliniques laissent croire que le fait de favoriser un meilleur fonctionnement conjugal et une meilleure gestion du stress en regard aux tracas quotidiens pourrait constituer des mesures potentiellement pertinentes pour la prévention de la détresse psychologique chez les couples aînés.

APPENDICE A
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
AU PROJET DE RECHERCHE
AU T1 DE L'ÉTUDE

ENQUÊTE SUR LES COUPLES ÂÎNÉS ET LEUR SANTÉ
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

INFORMATION SUR L'ÉTUDE

TITRE DU PROJET : Enquête sur les couples âgés et leur santé (ESA/COUPLE)

RESPONSABLE : Docteur Gilles Trudel, Ph.D.

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ

Le chercheur principal est responsable du déroulement du présent projet de recherche et s'engage à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature du chercheur principal du projet ESA/COUPLE: _____

OBJECTIF DU PROJET

Vous avez été recruté(e) pour participer à une étude sur la santé et le fonctionnement conjugal des personnes âgées de 65 ans et plus réalisée par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement en collaboration avec la firme Léger Marketing. Cette recherche est subventionnée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (MOP 81281). L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre le fonctionnement conjugal des couples âgés et le lien avec certains problèmes de santé et particulièrement des symptômes de détresse psychologique chez les Québécoises et Québécois de votre groupe d'âge.

NATURE DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous rencontrerez un(e) professionnel(le) diplômé(e) dans le domaine de la santé qui vous posera des questions concernant votre vie de couple et sur certains problèmes de santé physique et mentale. L'entrevue sera d'une durée approximative de 90 minutes et se déroulera à votre domicile ou dans un autre lieu de votre choix.

Nous aimerions vous rencontrer à nouveau dans 18 mois pour compléter cette étude et évaluer avec vous votre situation.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Le principal bénéfice que vous retirerez de votre participation à cette étude est de savoir que vous pourrez être utile à d'autres en faisant avancer les connaissances concernant la situation conjugale des couples de votre catégorie d'âge et le lien avec certains problèmes de santé. Cependant, pour vous dédommager un montant de 15 dollars par personne vous sera envoyé par la poste à la suite de votre entrevue.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Cette étude ne présente aucun risque pour votre santé et votre sécurité. Il se peut, cependant, qu'elle amène certains participants à s'interroger ou à manifester un besoin d'aide. Vous pourrez

obtenir de l'information sur les services offerts dans votre région de la part de l'interviewer que vous rencontrerez.

RETRAIT DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrite ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de votre participation pour des raisons dont vous êtes le seul juge sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

ARRÊT DU PROJET PAR LE CHERCHEUR

Dans le cas où l'étude devrait être arrêtée, nous nous engageons à vous en aviser par courrier dans les meilleurs délais.

INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que toutes les données demeureront strictement confidentielles. Seule le(a) professionnel(le) de la santé que vous rencontrerez et le responsable de l'étude y auront accès. En aucun temps, votre nom ou celui des membres de votre famille ne seront divulgués. Votre dossier de recherche ne sera pas identifié avec votre nom, mais par un code (numéro) confidentiel. Les dossiers anonymes ainsi que la clé des codes de sujets pour cette étude seront conservés sous clé. L'accès à la clé des codes de sujets pour cette étude sera strictement limité au responsable de cette clé. Les dossiers anonymes seront conservés sous clé pour une période de 10 ans après la fin de l'étude. Après cette période, ces dossiers seront détruits.

Sachant ceci, acceptez-vous que l'information dénominalisée recueillie à votre propos lors de cette recherche soit utilisée dans des communications scientifiques et professionnelles?

Oui ☐ Non ☐

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié à l'étude, vous pourrez rejoindre le docteur Gilles Trudel par l'intermédiaire de Madame Isabelle Turcotte, coordonnatrice, au numéro de téléphone sans frais suivant : 1-800-404-2464. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pourrez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAM, le docteur Joseph Josy Lévy. Il peut être rejoint au 514-987-3000.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu et/ou compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à cette étude.

Signature du sujet : _____

Signature du témoin : _____

J'autorise le responsable de ce projet à me recontacter dans quelques mois et à me demander si je suis intéressé(e) à participer au deuxième volet de cette recherche portant sur le fonctionnement conjugal et la santé des personnes de plus de 65 ans.

Oui ☐ Non ☐

**DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT DU
PROJET ESA/COUPLE**

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Je m'engage à respecter totalement la confidentialité des données qualitatives, quantitatives et nominatives qui seront recueillies dans le cadre du projet de recherche ci-dessus mentionné. Par conséquent, je devrai m'assurer que seuls les membres de l'équipe de recherche puissent avoir accès à ces données.

Ce protocole de confidentialité est conforme aux exigences de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Signature du responsable de l'obtention du consentement: _____

APPENDICE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
AU PROJET DE RECHERCHE
AU T2 DE L'ÉTUDE



ENQUÊTE SUR LES COUPLES ÂÎNÉS ET LEUR SANTÉ

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

INFORMATION SUR L'ÉTUDE

TITRE DU PROJET : Enquête sur les couples aînés et leur santé (ESA/COUPLE)

RESPONSABLE : Docteur Gilles Trudel, Ph.D.

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ

Le chercheur principal est responsable du déroulement du présent projet de recherche et s'engage à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature du chercheur principal du projet ESA/COUPLE: _____

OBJECTIF DU PROJET

Vous avez été recruté(e) pour participer à une étude sur la santé et le fonctionnement conjugal des personnes âgées de 65 ans et plus réalisée par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement en collaboration avec la firme Léger Marketing. Cette recherche est subventionnée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (MOP 81281). L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre le fonctionnement conjugal des couples aînés et le lien avec certains problèmes de santé et particulièrement des symptômes de détresse psychologique chez les Québécoises et Québécois de votre groupe d'âge.

NATURE DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous rencontrerez un(e) professionnel(le) diplômé(e) dans le domaine de la santé qui vous posera des questions concernant votre vie de couple et sur certains problèmes de santé physique et mentale. L'entrevue sera d'une durée approximative de 90 minutes et se déroulera à votre domicile ou dans un autre lieu de votre choix.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Le principal bénéfice que vous retirerez de votre participation à cette étude est de savoir que vous pourrez être utile à d'autres en faisant avancer les connaissances concernant la situation conjugale des couples de votre catégorie d'âge et le lien avec certains problèmes de santé. Cependant, pour vous dédommager un montant de 15 dollars par personne vous sera envoyé par la poste à la suite de votre entrevue.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Cette étude ne présente aucun risque pour votre santé et votre sécurité. Il se peut, cependant, qu'elle amène certains participants à s'interroger ou à manifester un besoin d'aide. Vous pourrez obtenir de l'information sur les services offerts dans votre région de la part de l'interviewer que vous rencontrerez.

RETRAIT DE LA PARTICIPATION DU SUJET

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrite ci-dessus est tout à fait volontaire et que vous restez, à tout moment, libre de votre participation pour des raisons dont vous êtes le seul juge sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

ARRÊT DU PROJET PAR LE CHERCHEUR

Dans le cas où l'étude devrait être arrêtée, nous nous engageons à vous en aviser par courrier dans les meilleurs délais.

INFORMATION ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que toutes les données demeureront strictement confidentielles. Seule le(a) professionnel(le) de la santé que vous rencontrerez et le responsable de l'étude y auront accès. En aucun temps, votre nom ou celui des membres de votre famille ne seront divulgués. Votre dossier de recherche ne sera pas identifié avec votre nom, mais par un code (numéro) confidentiel. Les dossiers anonymes ainsi que la clé des codes de sujets pour cette étude seront conservés sous clé. L'accès à la clé des codes de sujets pour cette étude sera strictement limité au responsable de cette clé. Les dossiers anonymes seront conservés sous clé pour une période de 10 ans après la fin de l'étude. Après cette période, ces dossiers seront détruits.

Sachant ceci, acceptez-vous que l'information dénominalisée recueillie à votre propos lors de cette recherche soit utilisée dans des communications scientifiques et professionnelles?

Oui ☐ Non ☐

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié à l'étude, vous pourrez rejoindre le docteur Gilles Trudel par l'intermédiaire de Madame Isabelle Turcotte, coordonnatrice, au numéro de téléphone sans frais suivant : 1-800-404-2464. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pourrez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAM, le docteur Joseph Josy Lévy. Il peut être rejoint au 514-987-3000.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu et/ou compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à cette étude.

Signature du sujet : _____

Signature du témoin : _____

Je serais intéressé à participer éventuellement à d'autres projets de recherche portant sur le fonctionnement conjugal et la santé des personnes de plus de 65 ans.

Oui ☐ Non ☐

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT DU PROJET ESA/COUPLE

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Je m'engage à respecter totalement la confidentialité des données qualitatives, quantitatives et nominatives qui seront recueillies dans le cadre du projet de recherche ci-dessus mentionné. Par conséquent, je devrai m'assurer que seuls les membres de l'équipe de recherche puissent avoir accès à ces données.

Ce protocole de confidentialité est conforme aux exigences de la Commission d'accès à l'information du Québec.

Signature du responsable de l'obtention du consentement: _____

APPENDICE C
LETTRE DE REMERCIEMENT SUITE À
L'ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE



Montréal, le XXX, 2008

Madame ** */**

Monsieur ** */**

0000 rue de l'information

Montréal, Qc, J1X 3Y1

OBJET : ENQUÊTE SUR LES COUPLES AÎNÉS ET LEUR SANTÉ (ESA/COUPLE)

Chère Madame, cher Monsieur,

Au nom du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et de Léger Marketing, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette enquête sur les couples aînés et leur santé (ESA/COUPLE). Votre participation est essentielle pour assurer la réussite de cette étude. Vous contribuerez ainsi à faire avancer les connaissances de façon importante concernant la santé et la vie conjugale des Québécoises et Québécois de votre groupe d'âge.

Au cours de la semaine, Madamede Léger Marketing va vous contacter pour organiser une rencontre. Cette rencontre se déroulera à votre domicile ou dans un autre lieu de votre choix. Madame est une professionnelle de la santé et elle se présentera à l'aide d'une carte d'identité de la firme Léger Marketing. Soyez assuré(e) que les informations recueillies lors de cette rencontre demeureront strictement confidentielles. Seuls la personne que vous rencontrerez et les responsables de l'étude y auront accès. À aucun moment, votre nom ou celui des membres de votre famille ne seront divulgués. Il est aussi entendu que vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à l'entrevue sans que cela ne vous cause préjudice. Pour vous dédommager, un montant de 15 dollars (par personne) vous sera remis par la poste à la suite de l'entrevue.

D'ici à ce que vous receviez l'appel de Madame, si vous désirez obtenir davantage d'information sur cette étude, je vous invite à communiquer avec Madame Isabelle Turcotte, coordonnatrice de cette étude, au numéro sans frais suivant : 1-(800)-404-2464.

En vous remerciant par avance pour votre contribution, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'accepter nos sincères salutations.

APPENCIDE D
LETTRE DE REMERCIEMENT SUITE À
LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE



Docteur Gilles Trudel, Ph.D, Professeur
titulaire, Université du Québec à Montréal et
Réseau québécois de recherche sur le
vieillessement

Montréal, le 15 Juin, 2007

Serge Lafrance
Vice-président recherche
Léger Marketing

Madame ** ****

Monsieur *****

0000 rue de l'information
Montréal, Qc, J1X 3Y1

OBJET : ENQUÊTE SUR LES COUPLES AÎNÉS ET LEUR SANTÉ (ESA/COUPLE)

Chère Madame, cher Monsieur,

Au nom du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et de Léger Marketing, nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de participer à cette étude sur les couples aînés et leur santé (ESA/COUPLE).

Comme la personne que vous avez rencontrée vous l'a mentionné, votre participation à cette étude est très importante pour nous. Ainsi, les informations que vous nous avez communiquées dans le cadre de cette étude nous aideront à mieux comprendre les Québécoises et Québécois de votre groupe d'âge. En témoignage de notre reconnaissance, nous vous faisons parvenir un chèque au montant de 15 \$ (par personne) pour votre participation.

Par ailleurs, je vous rappelle qu'à aucun moment, votre nom ou celui des membres de votre famille ne sera divulgué. Votre nom a été remplacé par un numéro.

J'espère que vous serez en mesure de continuer à participer aux autres étapes de cette étude dans les prochains mois. Je vous prie de croire, Madame,Monsieur,, en l'assurance de nos salutations les meilleures.

Docteur Gilles Trudel, Ph.D, Professeur
titulaire, Université du Québec à Montréal et
Réseau québécois de recherche sur le
vieillessement

Serge Lafrance
Vice-président recherche
Léger Marketing

p. j.

Chèque de 15 \$

APPENDICE E
APPROBATION ÉTHIQUE
DU PROJET DE RECHERCHE DOCTORAL

No. 061886

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le projet de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Gilles Trudel

Unité(s) : Département de psychologie

Co-chercheur(s)/Collaborateur(s) : Michel Préville (Université Sherbrooke); Richard Boyer (Université Montréal)

Titre du projet : «Relation entre l'évolution de la détresse psychologique modérée et sévère et l'évolution de la vie conjugale chez les sujets de plus de 65 ans : une étude longitudinale».

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme : Laurence Villeneuve et Luc Dargis (Doctorat en psychologie)

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (1999) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (1998).

Le présent certificat est valide jusqu'au 1^{er} avril 2011.

Rapport du statut du projet (renouvellement du certificat ou de fin de projet) attendu pour le 1^{er} mars 2011.

(<http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-suivi-continu.htm>)

Membres du Comité

Membres	Fonction/Discipline	Département ou organisme externe
Marc Bélanger	Ph.D. (sciences neurologiques)	Kinanthropologie
René Binette	Représentant du public	Écomusée du fier monde
Louise Cossette	Ph.D (psychologie)	Psychologie
Andrée De Serres	PH.D (administration)	Stratégie, responsabilité sociale et environnementale
Joseph Josy Lévy	Ph.D. (anthropologie)	Sexologie
Francine M Mayer	Ph.D. (anthropologie biologique)	Sciences biologiques
Christian Saint-Germain	Ph.D. (théologie)	Philosophie

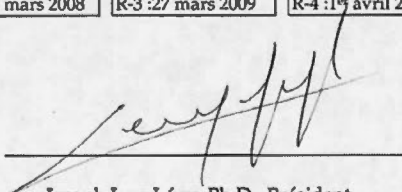
Date de la réunion : 01 09 2006

Date d'émission initiale du certificat : 12 septembre 2006

Date(s) de renouvellement du certificat :

R-1 : 2 avril 2007 R-2 : 31 mars 2008 R-3 : 27 mars 2009 R-4 : 1^{er} avril 2010 R-5 :

Remarque :


 Joseph Josy Lévy, Ph.D., Président

APPENDICE F
QUESTIONNAIRES UTILISÉS
DANS LE CADRE DE CETTE THÈSE

Variable INFIRM

(INFIRM)

QUESTIONNAIRE1

QUESTIONNAIRE1

(INFIRM)

(AN)

(AIS)

DITES AU SUJET QU'IL VA PROBABLEMENT TROUVER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES REDONDANTES PAR
RAPPORT À
L'ENTREVUE AU
TÉLÉPHONE, MAIS QUE NOUS DEVONS LES POSER QUAND MÊME EN RAISON DES CRITÈRES IMPORTANTS DE
L'ÉTUDE.ET NOUS NOUS
EXCUSONS DE CETTE RÉPÉTITION.

VARIABLE CONJUGAL

(CONJUGAL)

(BIT)

Variable REGION

(REGION)

QUESTIONNAIRE 2

1-INTERVIEWER:

Entrez la région dans laquelle le sujet habite.

- Réponse: ☐ 1-Québec
☐ 2-Trois-Rivières
☐ 3-Estrie
☐ 4-Montréal
☐ 5-Ottawa-Hull
☐ 6-Chaudières/Appalaches
☐ 7-Laval
☐ 8-Lanaudière
☐ 9-Laurentides
☐ 10-Montérégie
☐ 11-Centre du Québec

Variable DATE

(DATEA)

2-INTERVIEWER:

Entrez la date de l'entrevue

Réponse: / /
 jour mois année

VARIABLE DEBUT

(DEBUT)

3-L'entrevue a commencé à:

Réponse: / /

Variable NAISSANCE

(NAISSANCE)

4-Quelle est votre date de naissance ?

Réponse: / /
 jour mois année

Variable PAYS

(PAYS)

5-Où êtes-vous né ?

- Réponse: ☐ 1-Canada
☐ 2-Chine
☐ 3-Europe de l'Est
☐ 4-États-Unis
☐ 5-France
☐ 6-Grèce
☐ 7-Haïti
☐ 8-Inde
☐ 9-Italie
☐ 10-Liban
☐ 11-Maroc, Algérie, Tunisie, autres pays du Maghreb
☐ 12-Phillippines
☐ 13-Portugal
☐ 14-Roumanie
☐ 15-Sri Lanka
☐ 16-Vietnam
☐ 17-Autres
☐ 18-Ne sait pas

- ☐ 19-Refus
☐ 20-Ne s'applique pas

Variable AGARRIV

(AGARRIV)

6-Si vous n'êtes pas né au Canada, à quel âge êtes-vous arrivé au Canada ?

INTERVIEWER:

Si le répondant ne sait pas , entrez 777

Si le répondant refuse de répondre , entrez 888

Si la question ne s'applique pas , entrez 999

Réponse: _____

Variable SEXE

(SEXE)

7-INTERVIEWER:

Entrez le sexe du répondant

Réponse: ☐ 1-Homme☐ 2-Femme

Variable MATRIM

(MATRIM)

8-Quel est votre statut matrimonial ?

Réponse: ☐ 1-marié(e) et vivant avec un(e) conjoint(e)☐ 2-vivant en union libre avec un(e) conjoint(e) sans être marié☐ 3-Ne sait pas☐ 4-Refus

Variable DURECOHABIT

(DURECOHA)

9-Depuis combien de temps cohabitez-vous avec votre conjoint(e)?

INTERVIEWER:

-Si la durée est inférieure à un an, entrez 1

-Si le répondant ne sait pas , entrez 777

-Si le répondant refuse de répondre , entrez 888

-Si la question ne s'applique pas , entrez 999

Réponse: _____

Variable SCOLARIT

(SCOLARIT)

10-Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint (Nombre total d'années d'étude)?

INTERVIEWER:

Si le répondant ne sait pas , entrez 777

Si le répondant refuse de répondre , entrez 888

Si la question ne s'applique pas , entrez 999

Réponse: _____

Variable SOURCEREV

(SOURCERE)

11-Au cours du dernier mois, quelle était votre principale source de revenus ?

Réponse: ☐ 1-Travail☐ 2-Retraite (régime de pension privée ou publique)☐ 3-Ne sait pas☐ 4-Refus

☐ 5-Ne s'applique pas

Variable REVENU

(REVENU)

12-Quel était, l'an dernier, le revenu total approximatif de votre ménage avant déduction d'impôt ?

Interviewer : "le terme ménage inclut le salaire de toute personne qui habite dans le même logement que vous"

- Réponse: ☐ 1-MOINS DE 15.000 \$
☐ 2-ENTRE 15 ET 25.000 \$
☐ 3-ENTRE 25 ET 35.000 \$
☐ 4-PLUS DE 35.000 \$
☐ 5-Ne sait pas
☐ 6-Refus
☐ 7-Ne s'applique pas

VARIABLE SANTE1

(SANTE1)

QUESTIONNAIRE 3

1-Comparativement aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé physique est généralement :

- Réponse: ☐ 1-Excellente
☐ 2-Très bonne
☐ 3-Bonne
☐ 4-Moyenne
☐ 5-Mauvaise
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

VARIABLE SANTE2

(SANTE2)

2-Comparativement aux autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé mentale est généralement:

- Réponse: ☐ 1-Excellente
☐ 2-Très bonne
☐ 3-Bonne
☐ 4-Moyenne
☐ 5-Mauvaise
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

VARIABLE SANTE3

(SANTE3)

À votre connaissance et selon l'avis d'un médecin, avez-vous actuellement une des maladies suivantes :

3-de la pression artérielle (haute pression)

- Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE4

(SANTE4)

4- de l' arthrite ou des rhumatismes

- Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON

- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE5

(SANTE5)

5- une maladie du coeur (problème cardiaque ou attaque)

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE6

(SANTE6)

6-une maladie de l'oeil (glaucome, cataracte)

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE7

(SANTE7)

7- de sérieux maux de dos ou de la colonne vertébrale (problèmes répétés)

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE8

(SANTE8)

8- des troubles digestifs fonctionnels ou ulcères d'estomac, gastriques, duodénaux

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE9

(SANTE9)

9- un goitre ou un trouble de la thyroïde (troubles du système endocrinien)

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE10

(SANTE10)

10- un autre trouble du métabolisme (carence en vitamine B12)

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS

☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE11

(SANTE11)

11- le diabète

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE12

(SANTE12)

12- de l'anémie

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE13

(SANTE13)

13- de l'hypercholestérolémie

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE14

(SANTE14)

14- de l'asthme, de l'emphysème ou de bronchite chronique, toux persistante

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE15

(SANTE15)

15- une maladie du foie

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE16

(SANTE16)

16- une maladie du rein ou un problème urinaire (prostate)

Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE17

(SANTE17)

17- une maladie de la peau ou des allergies cutanées

- Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE18

(SANTE18)

18-des migraines ou de maux de tête fréquents

- Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

VARIABLE SANTE19

(SANTE19)

19- de l'athérosclérose

- Réponse: ☐ 1-OUI
☐ 2-NON
☐ 3-NE SAIT PAS
☐ 4-REFUS
☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

MMSE

(MMSE)

QUESTIONNAIRE 4

MMSE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions pour vérifier votre mémoire, votre attention et votre concentration.
 Certaines d'entre elles vont vous sembler faciles, d'autres plus difficiles.

Réponse: —

Variable MMSE1

(MMSE1)

1- En quelle année sommes-nous?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE2

(MMSE2)

2- Quelle est la saison?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE3

(MMSE3)

3- Quelle est la date?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse

- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE4

(MMSE4)

4- Quel jour de la semaine sommes-nous?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE5

(MMSE5)

5- Quel est le mois?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE6

(MMSE6)

6- Pouvez-vous me dire dans quel pays nous sommes?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE7

(MMSE7)

7- Dans quelle province sommes-nous?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE8

(MMSE8)

8- Dans quelle ville (ou village) sommes-nous?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE9

(MMSE9)

9- Quel est le nom de la rue ou l'adresse de l'endroit où nous sommes?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
- ☐ 2-Bonne réponse
- ☐ 3-Ne sait pas
- ☐ 4-Refus
- ☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE10

(MMSE10)

10- À quel étage sommes-nous?

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE11

(MMSE11)

Je vais vous dire trois mots dont vous devez vous rappeler. Répétez-les quand j'aurai fini de les dire tous les trois.
 Nommer les mots jusqu'à quatre fois pour que le sujet les sache.

INTERVIEWER

Lecture des 3 mots:

CHEMISE, BLEU, HONNÊTÉTÉ.

Quels sont les trois mots que je viens de dire?

Donner 1 point pour chaque réponse correcte au premier essai.

11- Chemise

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE12

(MMSE12)

12- Bleu

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE13

(MMSE13)

13- Honnêteté

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE14

(MMSE14)

14- Veuillez maintenant épeler le mot "MONDE" à l'endroit.

Maintenant, épelez-le à l'envers, en commençant par la dernière lettre.

(Si le répondant est incapable d'épeler le mot "MONDE" à l'endroit, épelez-le une fois avec un intervalle de temps de 1,5 secondes entre chaque lettre.)

Réponse:

E D N O M

(Nombre de lettres données correctement à l'envers)

- Réponse: ☐ 0

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Variable MMSE15

(MMSE15)

Quels sont les trois mots que je vous ai demandé de mémoriser un peu plus tôt?

15- Chemise

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE16

(MMSE16)

16- Bleu

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE17

(MMSE17)

17- Honnêteté

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE18

(MMSE18)

18- Comment cet objet s'appelle-t-il?
 (Montrer une montre)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE19

(MMSE19)

19- Comment cet objet s'appelle-t-il?
 (Présenter un crayon)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE20

(MMSE20)

20- J'aimerais que vous répétiez une phrase après moi.

"Pas de si ni de mais"
(Ne permettre qu'un seul essai)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE21

(MMSE21)

21- dites " S'il-vous-plait, faites ceci" et montrez "FERMEZ LES YEUX"
(Donner 1 point si la personne ferme les yeux.)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE22

(MMSE22)

22- Je vais vous donner une feuille de papier. Prenez-la de la main gauche (ou main non dominante), pliez-la en deux et mettez-la sur vos genoux.

(Lire toutes les instructions, puis tendre la feuille de papier. Ne pas répéter les instructions ou guider la personne. Donner 1 point

par étape
correcte:

- 1) Prendre la feuille de la main gauche ou non dominante,
- 2) Plier la feuille en deux,
- 3) La mettre sur les genoux

- Réponse: ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3

Variable MMSE23

(MMSE23)

23- J'aimerais que vous écriviez une phrase complète sur une feuille de papier.

(Ne pas dicter la phrase. La personne doit écrire la phrase spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et doit avoir un sens.

La grammaire,
la ponctualité ou l'orthographe ne comptent pas.)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas
☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSE24

(MMSE24)

24- Voici un dessin. Je veux que vous copiez ce dessin sur cette feuille.

(Donner un point si les figures à cinq côtés s'intersectent pour former une figure à quatre côtés et si tous les angles sont conservés. Les tremblements ou rotations ne comptent pas.)

- Réponse: ☐ 1-Mauvaise réponse
☐ 2-Bonne réponse
☐ 3-Ne sait pas

- ☐ 4-Refus
☐ 5-Ne s'applique pas

Variable MMSETOT

(MMSETOT)

Score total MMSE:
 (calcul du score total)

Réponse: _____

IDPESQ

(IDPESQ)

QUESTIONNAIRE 5

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.
 Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:

Réponse: _____

Variable IDPESQ1

(IDPESQ1)

1-Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
☐ 3-ASSEZ SOUVENT
☐ 4-TRÈS SOUVENT
☐ 5-NE SAIT PAS
☐ 6-REFUS
☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ2

(IDPESQ2)

2-Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
☐ 3-ASSEZ SOUVENT
☐ 4-TRÈS SOUVENT
☐ 5-NE SAIT PAS
☐ 6-REFUS
☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ3

(IDPESQ3)

3-Avez-vous eu des blancs de mémoire ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
☐ 3-ASSEZ SOUVENT
☐ 4-TRÈS SOUVENT
☐ 5-NE SAIT PAS
☐ 6-REFUS
☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ4

(IDPESQ4)

4-Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les «bleus» ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
☐ 3-ASSEZ SOUVENT

- ☐ 4-TRÈS SOUVENT
- ☐ 5-NE SAIT PAS
- ☐ 6-REFUS
- ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ5

(IDPESQ5)

5-Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ6

(IDPESQ6)

6-Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ7

(IDPESQ7)

7-Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ8

(IDPESQ8)

8-Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ9

(IDPESQ9)

9-Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT

- ☐ 5-NE SAIT PAS
- ☐ 6-REFUS
- ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ10

(IDPESQ10)

10-Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ11

(IDPESQ11)

11-Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ12

(IDPESQ12)

12-Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ13

(IDPESQ13)

13-Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT
 - ☐ 5-NE SAIT PAS
 - ☐ 6-REFUS
 - ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ14

(IDPESQ14)

14-Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?

- Réponse: ☐ 1-JAMAIS
- ☐ 2-DE TEMPS EN TEMPS
 - ☐ 3-ASSEZ SOUVENT
 - ☐ 4-TRÈS SOUVENT

- ☐ 5-NE SAIT PAS
- ☐ 6-REFUS
- ☐ 7-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ15

(IDPESQ15)

Si vous avez répondu <<De temps en temps, assez souvent ou très souvent>> à l'un des items précédents :
RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES:

15-Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations ?

- Réponse: ☐ 1-Les deux dernières semaines
- ☐ 2-Le dernier mois
- ☐ 3-Les six derniers mois
- ☐ 4-La dernière année
- ☐ 5-Plus d'un an
- ☐ 6-Ne sait pas
- ☐ 7-Refus
- ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable IDPESQ16

(IDPESQ16)

16-Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale ?

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ17

(IDPESQ17)

17-Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre des études ?

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ18

(IDPESQ18)

18-Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres) ?

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON
- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

Variable IDPESQ19

(IDPESQ19)

19-Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations ?

- Réponse: ☐ 1-OUI
- ☐ 2-NON

- ☐ 3-NE SAIT PAS
- ☐ 4-REFUS
- ☐ 5-NE S'APPLIQUE PAS

Variable EMB1

(EMB1)

QUESTIONNAIRE 8.

Je vais vous énumérer différentes situations pouvant contribuer à vous irriter, à vous embêter, à vous causer des ennuis et du stress.

Pour chacune, vous me direz si vous l'avez éprouvée au cours DU DERNIER MOIS et vous m'indiquerez jusqu'à quel point cette situation vous a causé du stress :

*NE PAS LIRE AU SUJET

Si la personne n'a pas éprouvé le tracés quotidien au cours du dernier mois, veuillez indiquer NE S'APPLIQUE PAS. Lors que la personne a éprouvé le tracés au cours du dernier mois, lui demander ensuite jusqu'à quel point cette situation lui a causé du stress.

1-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes concernant la santé d'un membre de votre famille?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB3

(EMB3)

2-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour vous habiller, vous divertir ou pour vos besoins personnels?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB6

(EMB6)

3-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à la pensée de devenir dépendant(e) de quelqu'un?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB8

(EMB8)

4-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes reliées au fait d'avoir à vous occuper d'un animal domestique?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB9

(EMB9)

5-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par le fait d'avoir à préparer les repas ou à faire le ménage?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB13

(EMB13)

6-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous aviez trop de temps à votre disposition?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB16

(EMB16)

7-Au cours du dernier mois, avez-vous eu peur de la confrontation avec quelqu'un?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB19

(EMB19)

8-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé à la pensée que personne ne pourra vous venir en aide en cas de besoin?

Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB20

(EMB20)

9-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause de votre mémoire ou de votre santé mentale en générale?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB21

(EMB21)

10-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause d'une maladie physique ou de votre santé en général?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB22

(EMB22)

11-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes avec vos petits-enfants?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB23

(EMB23)

12-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé à cause des effets secondaires des médicaments?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement

- ☐ 4-Beaucoup
- ☐ 5-Extrêmement
- ☐ 6-Ne sait pas
- ☐ 7-Refus
- ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB24

(EMB24)

13-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause de la baisse de vos capacités mentales?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB25

(EMB25)

14-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes concernant un traitement médical pour un problème de santé mentale?

Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB26

(EMB26)

15-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous n'avez pas vu suffisamment de gens?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB28

(EMB28)

16-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par le manque de sécurité dans votre quartier?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas

- ☐ 7-Refus
- ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB29

(EMB29)

17-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause de votre relation matrimoniale (insatisfaisante)?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB35

(EMB35)

18-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause de la baisse de vos capacités physiques?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB36

(EMB36)

19-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à l'idée de vous sentir exploité(e)?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB37

(EMB37)

20-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous aviez l'impression de vieillir trop rapidement?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
 - ☐ 3-Moyennement
 - ☐ 4-Beaucoup
 - ☐ 5-Extrêmement
 - ☐ 6-Ne sait pas
 - ☐ 7-Refus
 - ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB39

(EMB39)

21-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par des conflits familiaux (enfants, petits-enfants, conjoint)?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB42

(EMB42)

22-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par vos parents vieillissants (placement, hébergement, santé)?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB44

(EMB44)

23-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé à cause de problèmes avec des organismes gouvernementaux?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB46

(EMB46)

24-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause du commérage?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB51

(EMB51)

25-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes concernant les moyens de transport (trafic, dépendance d'autres personnes,

ennui mécanique, etc...)?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB54

(EMB54)

26-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par des difficultés à faire votre magasinage?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB55

(EMB55)

27-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé à cause d'un préjudice ou de la discrimination?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB56

(EMB56)

28-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par un voisinage bruyant, agressif, délabré ou pollué?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB58

(EMB58)

29-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé par un crime (vol, vandalisme, violence) ou avez-vous eu peur de l'être?

Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB59

(EMB59)

30-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes à cause du trafic?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB60

(EMB60)

31-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes concernant un traitement médical?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB63

(EMB63)

32-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous n'avez pas suffisamment de loisirs?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu
☐ 3-Moyennement
☐ 4-Beaucoup
☐ 5-Extrêmement
☐ 6-Ne sait pas
☐ 7-Refus
☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB64

(EMB64)

33-Au cours du dernier mois, avez-vous eu des inquiétudes parce que vous aviez de nouvelles responsabilités (trop de choses à faire, trop de responsabilités)?
 Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
☐ 2-Un peu

- ☐ 3-Moyennement
- ☐ 4-Beaucoup
- ☐ 5-Extrêmement
- ☐ 6-Ne sait pas
- ☐ 7-Refus
- ☐ 8-Ne s'applique pas

Variable EMB65

(EMB65)

34-Au cours du dernier mois, avez-vous été préoccupé à cause d'un problème de mémoire?
Si oui, jusqu'à quel point cela vous a stressé?

- Réponse: ☐ 1-Pas du tout
- ☐ 2-Un peu
- ☐ 3-Moyennement
- ☐ 4-Beaucoup
- ☐ 5-Extrêmement
- ☐ 6-Ne sait pas
- ☐ 7-Refus
- ☐ 8-Ne s'applique pas

INTRO

(INTRO)

QUESTIONNAIRE 11.

Les questions qui suivent portent sur des aspects plus personnels de votre vie, c'est-à-dire votre couple et votre sexualité.

Si vous présentez des difficultés sexuelles ou que vous n'avez pas ou peu de relations sexuelles, sentez-vous à l'aise de répondre quand même aux questions qui vont suivre. Cette situation est assez fréquente chez les couples de votre âge et les choix de réponses proposés reflètent cette réalité.

De plus, vous n'avez pas à vous inquiéter concernant la divulgation de vos réponses; elles seront traitées de façon confidentielle.

Afin d'assurer une confidentialité totale, nous avons décidé d'utiliser un autre mode de réponses pour les prochaines sections. Vous aurez un clavier numérique sur lequel vous trouverez des

chiffres correspondants aux choix de réponses. Nous vous demanderons donc d'appuyer sur le chiffre qui correspond le mieux à vos réponses à la fin de la lecture de chacun des énoncés.

Avant de commencer, je vais vous demander de faire un test avec moi pour m'assurer que vous maîtriser bien le clavier. Je vais vous lire d'abord le chiffre qui se trouve à gauche du choix de réponse

et ensuite le choix de réponse. Portez une attention particulière aux chiffres nommés.

Veuillez répondre à la question suivante à l'aide de votre clavier :

TEST 1 : À quelle fréquence allez vous au restaurant?

- 1- Jamais
- 2- Parfois
- 3- Souvent
- 4- Très souvent

Réponse: _____

INTRO1

(INTRO1)

TEST 2 :

À quelle fréquence mangez-vous des fruits?

- 1- Très souvent
- 2- Souvent
- 3- Parfois
- 4- Jamais

Réponse: _____

INTRO2

(INTRO2)

TEST 3 :

À quelle fréquence rendez-vous visite aux membres de votre famille?:

- 1- Jamais
- 2- Parfois
- 3- Souvent
- 4- Très souvent

Réponse: _____

INTRO3

(INTRO3)

QUESTIONNAIRE 11:SUITE

Avant de commencer les prochains questionnaires, j'aimerais attirer votre attention sur le fait qu'il sera très important lorsque vous

répondrez avec le clavier d'indiquer le bon chiffre qui correspond à votre choix de réponse. Ce chiffre est inscrit à gauche du choix de réponse. C'est ce chiffre que vous taperez sur votre clavier lorsque j'aurai terminé de lire la question.

Nous voulons attirer votre attention sur le fait que le même choix de réponse (exemple:jamais) sera parfois associé à un chiffre (exemple: 1) et pour d'autres questions à un chiffre différent (exemple: 4) comme dans les exemples précédents.

Si vous faites une erreur, dites-le moi; j'effacerai votre réponse et vous pourrez ensuite écrire la bonne réponse.

Indication: (à ne pas lire au sujet): Si le sujet fait une erreur, vous pouvez lui donner l'option d'appuyer sur la touche <<backslash

>> pour effacer sa réponse et écrire la bonne réponse

(Demandez lui quand même de vous aviser s'il fait des changements et encouragez-le à choisir la première réponse qui lui vient en tête, s'il fait trop de changements).

Rappel

Indications:(à ne pas divulguer au sujet).

Il est important de ne pas mentionner les choix de réponse <<ne sait pas>> ,<<refus>> et << ne s'applique pas>> au sujet durant

la passation. Ces choix de réponses ne doivent être utilisés qu'en

dernier recours. Même dans la section avec le clavier numérique, ce doit être vous et non le sujet qui entrez ces choix de réponses

particuliers.

Ces choix de réponse <<ne sait pas>> ,<<refus>> et << ne s'applique pas>> ne sont pas toujours associés aux mêmes chiffres

alors portez une attention particulière afin d'entrer le chiffre correspondant.

Réponse: _____

Variable SPA1

(SPA1)

QUESTIONNAIRE 12.

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre

partenaire dans les domaines suivants.

1- Le budget familial

1-Toujours d'accord

2-Presque toujours d'accord

3-Parfois en désaccord

4-Souvent en désaccord

5-Presque toujours en désaccord

6-Toujours en désaccord

7-Ne sait pas

8-Refus

9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA2

(SPA2)

2- Les loisirs

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA3

(SPA3)

3- La religion

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA4

(SPA4)

4- Les marques d'affection

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA5

(SPA5)

5- Les amis

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA6

(SPA6)

6- Les relations sexuelles

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord

- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA7

(SPA7)

7- Les conventions sociales

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA8

(SPA8)

8- La philosophie de la vie

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA9

(SPA9)

9- Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA10

(SPA10)

10- Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus

9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA11

(SPA11)

11- La quantité de temps passé ensemble

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA12

(SPA12)

12- Les prises de décisions importantes

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA13

(SPA13)

13- Les tâches ménagères

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA14

(SPA14)

14- Les intérêts et les activités pendant les temps libres

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA15

(SPA15)

15- Les décisions à propos du travail

- 1-Toujours d'accord
- 2-Presque toujours d'accord
- 3-Parfois en désaccord
- 4-Souvent en désaccord
- 5-Presque toujours en désaccord
- 6-Toujours en désaccord
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA16

(SPA16)

16- À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?

- 1-Toujours
- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA17

(SPA17)

17- À quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?

- 1-Toujours
- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA18

(SPA18)

18- En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?

- 1-Toujours
- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA19

(SPA19)

19- Vous confiez-vous à votre partenaire?

- 1-Toujours
- 2-La plupart du temps

- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA20

(SPA20)

20- Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)?

1-Toujours

- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA21

(SPA21)

21- À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?

1-Toujours

- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA22

(SPA22)

22- À quelle fréquence vous et votre partenaire vous tapez-vous sur les nerfs?

1-Toujours

- 2-La plupart du temps
- 3-Assez souvent
- 4-À l'occasion
- 5-Rarement
- 6-Jamais
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA23

(SPA23)

23- Embrassez-vous votre partenaire?

- 1-À chaque jour
- 2-Presqu'à chaque jour
- 3-À l'occasion

4-Rarement

5-Jamais

6-Ne sait pas

7-Refus

8-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA24

(SPA24)

24- Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?

1-Tous

2-Presque tous

3-Quelques-uns

4-Très peu

5-Aucun

6-Ne sait pas

7-Refus

8-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA25

(SPA25)

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

25- Avoir un échange d'idée stimulant

1-Jamais

2-Moins d'une fois par mois

3-Une ou deux fois par mois

4-Une ou deux fois par semaine

5-Une fois par jour

6-Plus d'une fois par jour

7-Ne sait pas

8-Refus

9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA26

(SPA26)

26- Rire ensemble

1-Jamais

2-Moins d'une fois par mois

3-Une ou deux fois par mois

4-Une ou deux fois par semaine

5-Une fois par jour

6-Plus d'une fois par jour

7-Ne sait pas

8-Refus

9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA27

(SPA27)

27- Discuter calmement

1-Jamais

2-Moins d'une fois par mois

3-Une ou deux fois par mois

4-Une ou deux fois par semaine

5-Une fois par jour

6-Plus d'une fois par jour

7-Ne sait pas

8-Refus

9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA28

(SPA28)

28- Travailler ensemble à un projet

- 1-Jamais
- 2-Moins d'une fois par mois
- 3-Une ou deux fois par mois
- 4-Une ou deux fois par semaine
- 5-Une fois par jour
- 6-Plus d'une fois par jour
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA29

(SPA29)

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si oui ou non, ces items ont causé

des
différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

29- Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles

- 1-OUI
- 2-NON
- 3-NE SAIT PAS
- 4-REFUS
- 5-NE S'APPLIQUE PAS

Réponse: _____

Variable SPA30

(SPA30)

30- Ne pas manifester d'affection

- 1-OUI
- 2-NON
- 3-NE SAIT PAS
- 4-REFUS
- 5-NE S'APPLIQUE PAS

Réponse: _____

Variable SPA31

(SPA31)

>> 31- Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central <<heureux
représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des
relations. Veuillez indiquer le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation considérée globalement.

- 1-Extrêmement malheureux
- 2- Passablement malheureux
- 3-Un peu malheureux
- 4-Heureux
- 5-Très heureux
- 6-Extrêmement heureux
- 7-Parfaitement heureux
- 8-Ne sait pas
- 9-Refus
- 10-Ne s'applique pas

Réponse: _____

Variable SPA32

(SPA32)

32- Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport à l'avenir de votre relation:

- 1-Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.
- 2-Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- 3-Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- 4-Ça serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que je fais actuellement pour cela.
- 5-Ça serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- 6-Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.
- 7-Ne sait pas
- 8-Refus
- 9-Ne s'applique pas

Réponse: _____

APPENCIDE G
ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET
DÉCISIONS DE PUBLICATION
DES ÉDITEURS DES REVUES
SCIENTIFIQUES

Article 1

Objet: La Revue canadienne du vieillissement- Décision pour RCV-0239-F.R2

Date: 11/03/14 03:09 PM

À: villeneuve.laurence@courrier.uqam.ca ▾

De: cjarcv@uvic.ca ▾

Cc: mbedard@lakeheadu.ca ▾, cjarcv@uvic.ca ▾

Expéditeur: onbehalfof+cjarcv+uvic.ca@manuscriptcentral.com ▾

 CJG-ctf.pdf (42Ko) ▾

Il me fait plaisir d'accepter la recommandation de notre rédactrice en chef adjointe, Dr. Michel Bédard, pour la publication de votre article, «Dyadic Adjustment Scale: A Validation Study among Older French-Canadians Living in Relationships,» dans la Revue canadienne du vieillissement.

Merci encore d'avoir choisi la Revue canadienne du vieillissement. Nous espérons que vous choisirez à nouveau la revue pour la publication de vos futurs travaux.

Cordialement,

Dr. Margaret Penning

Rédactrice en chef

La Revue canadienne du vieillissement

cjarcv@uvic.ca

Article 2***Sexual and Relationship Therapy - Decision on Manuscript ID CSMT-2013-0049.R1***

walterbouman@doctors.org.uk

Ajouter aux contacts

2014-01-15

À : laurence_dlp@hotmail.com

Cc : srt@tandf.co.uk

16 January 2014

Dear Miss Villeneuve,

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "The Influence of Health over time on Psychological Distress among Older Couples: The Moderating Role of Marital Functioning" in its current form for publication in Sexual and Relationship Therapy.

Please send our editorial assistant Lucy Francis a separate paragraph with a brief description of the contributors, under Notes on Contributors, as is usual in our journal.

To recommend Sexual and Relationship Therapy to your institution library please use the following link <http://www.tandf.co.uk/journals/library.asp>.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of Sexual and Relationship Therapy, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Kind regards.

With best wishes,

Walter

Dr Walter Pierre Bouman MD MA MSc FRCPsych UKCPreg
Deputy Editor, Sexual and Relationship Therapy
walterbouman@doctors.

Article 3

Le 18 février 2014

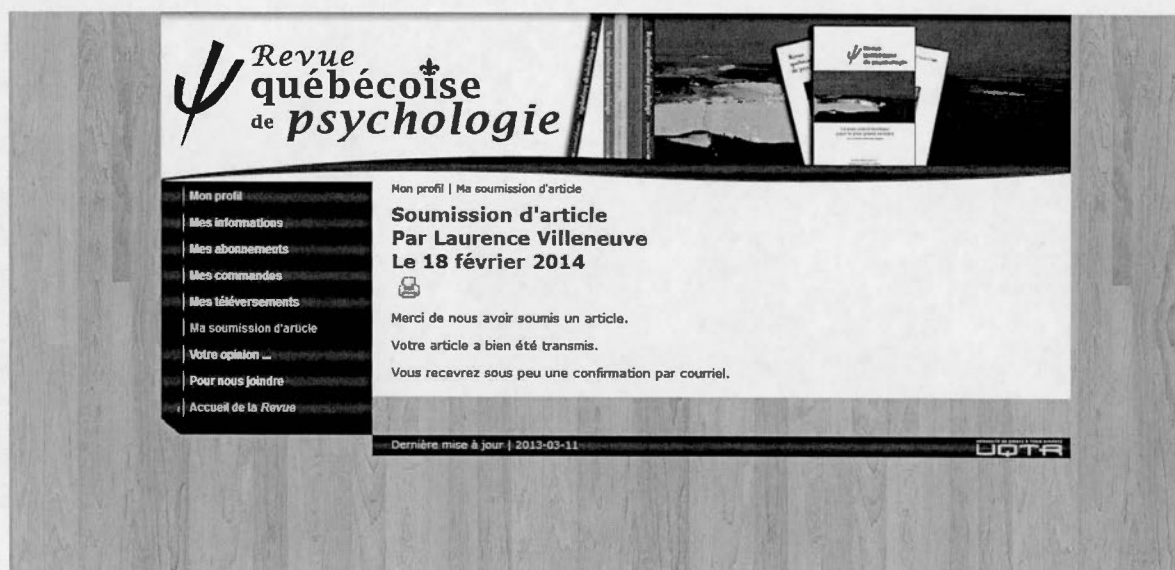
Laurence Villeneuve

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «CHANGEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES COUPLES ÂGÉS VIVANT À DOMICILE AU QUÉBEC : ÉTUDE LONGITUDINALE».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre *Revue*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Léveillé,
directrice



BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

BIBLIOGRAPHIE

- Almeida, D.M., Piazza, J.R., Stawski, R.S., & Klein, L.C. (2011). The speedometer of life: Stress, health and aging. In K. Warner Schaie and S.L. Willis (ed.). *Handbook of the Psychology of Aging* (p. 191-206). San Diego: Elsevier Inc.
- American Psychological Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (3th ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Angner, E., Ray, M.N., Saag, K.G., & Allison, J.J. (2009). Health and happiness among older adults: A community-based study. *Journal of Health Psychology, 14*, 503-512.
- Antill, J. K., & Cotton, S. (1982). Spanier's Dyadic Adjustment Scale: Some confirmatory analyses. *Australian Psychologist, 17*(2), 181-189. doi: 10.1080/00050068208255933
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2008). Dyadic Adjustment Scale: Clinical interest of a revision and validation of an abbreviated form. *L'Encéphale, 34*, 38-46.
- Axe santé mentale du réseau québécois de recherche sur le vieillissement (septembre 2007). Consultation publique sur les conditions de vie des aînés : La santé mentale, Greenfield Park, 6 septembre 2007, 23 pages. Document récupéré le 27 janvier 2014 sur <http://www.cps02.org/media/upload/M%C3%A9moire%20-%202007%20-%20Minist%C3%A8re%20de%20la%20famille%20et%20des%20a%C3%AEn%C3%A9s.pdf>
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science, 18*(1), 25-34.
- Beach, S.R.H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G.H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355-371.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1986). The treatment of depression occurring in the context of marital discord. *Behavior Therapy, 17*, 43-49.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1992) Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy, 23*(4), 507-528.
- Bélanger, C., El-Baalbaki, G., Leduc, A.G., & Coyne, J. (2008). Couples et dépression. Évaluation et intervention. Dans J. Wright, Y. Lussier & S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 623-656). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 71-79.
- Bennett, K.M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal on Ageing, 2*, 48-55.
- Bentler, P.M., & Bonnett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*, 588-600.
- Benyamini, Y., & Idler, E.L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on aging, 21*(3), 392-401.
- Bierman, A., Statland, D. (2010). Timing, social support, and the effects of physical limitations on psychological distress in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B*(5), 631-639, doi:10.1093/geronb/gbp128.

- Bigatti, S.M., & Cronan, T.A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouses of people with fibromyalgia syndrome. *Health Psychology, 21*(2), 157-166.
- Blanchard, N. (2008). *Aller vivre en résidence : l'expérience des personnes âgées* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Canada). Récupéré de l'archive de publications électroniques de l'UQAM : <http://www.archipel.uqam.ca/1039/1/M10215.pdf>
- Boyer R., Prévillle M., Légaré G., Valois P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Revue canadienne de psychiatrie, 38*, 339-343.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equation with latent variables*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bookwala, J. (2005). The Role of Marital Quality in Physical Health During the Mature Years. *Journal of Aging and Health, 17*(1), 85-104. doi: 10.1177/0898264304272794
- Bookwala., J. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *The Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66*(5), 605-616.
- Bookwala, J., Franks, M.M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: the main effects model. *The Journal of gerontology: Series B: Psychological sciences and social sciences, 60B*, 338-341.
- Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist, 44*(3), 328-338.
- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family, 56*(1), 218-223. doi: 10.2307/352716
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family, 62*(4), 964-980. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Bravell, M.E., Zarit, S.H., & Johannson, B. (2011). Self-reported activities of daily living and performance-based functional ability: a study of congruence among the oldest old. *European Journal of Ageing, 8*, 199-209.
- Bruin, A. ., Picavet, H. S. J., & Nossikov, A. (1996). *Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationship and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin, 112*(1), 39-63.
- Butler-Jones, D. (mars 2009). La maladie chronique et le vieillissement : une perspective de la santé publique. *Geriatrics and Aging*, Conference Report, symposium international sur la maladie chronique et le vieillissement, novembre 2008. Site consulté le 23 novembre 2009 <http://www.geriatricsandaging.ca/fmi/xsl/article.xsl?-lay=Article&-recid=2016&-find=-find>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basics concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge.
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008, September). La de'tresse psychologique chez les Québécois en 2005. Institut de la Statistique du Québec. Zoom Santé, 1-4.
- Cappeliez, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P., Prévillle, M., & Scientific Committee of ESA

- Study (2004). *Ageing International*, 29(3), 247-266.
- Carmines, E.G., & McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariances structures. In G.W. Bohmstedt & E.F. Borgatta, Eds., *Social measurement: current issues* (pp.65-115). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Caron, J., & Liu, A. (2010). Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne: comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. *Maladies chroniques au Canada*, 30, 86-97.
- Cartensen, L.L., Gottman, J.M., & Levenson, R.W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140-149.
- Cartensen, L.L., Graff, J., Levenson, R.W., & Gottman, J.M. (1996). Affect in intimate relationships: The developmental course of marriage. In C. Magai & S.H. McFadden (Eds). *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp 227-247). San Diego, CA: Academic Press.
- Cazale, L, & Dumitru, V. (2008). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série Enquête sur la santé des collectivités canadiennes. *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, mars, 4 p.
- Cazale, L., Fournier, C., Godbout, M., Dubé-Linteau, A., Dubé, G., & Murphy, M. (2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux pour les personnes avec un problème de santé de longue durée, vol 4, Québec : Institut de la statistique du Québec, 195 p.
- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 475-496.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Conseil des aînés du Québec (mars 2010). Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation, 103 p. Tiré de https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_AgismeQuebec.pdf le 26 février 2014
- Coyne, J.C., & Benazon, N.R. (2001). Not Agent Blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. Dans S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp 25-43). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C.B., & Greden, J.F. (1987). Living with a Depressed Person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347-352.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. doi: 10.1007/bf02310555
- Davila, J., Karney, B.R., Hall, T.W., & Bradbury, T.N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 557-570.
- Dargis, L., Trudel, G., Cadieux, J., Villeneuve, L., Prévile, M., & Boyer, R. (2012). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) and presentation of norms in older women. *Sexologies*, 21(3), 126-131.
- Dehle, C., & Weiss, R. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of marriage and the family*, 60, 1002-1011.

- Dening, T.R., Chi, L.Y., Brayne, C., Huppert, F.A., Paykel, E.S., & O'Connor, D.W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Aging, 27*, 23-33.
- Doucet, C., Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1998). Thèmes d'inquiétude et tendance à s'inquiéter chez les aînés. *Canadian Journal on Aging, 17*(4), 361-371.
- Eddy, J.M., Heyman, R.E., & Weiss, R.L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital "satisfaction" and "adjustment". *Behavioral Assessment, 13*, 199-220.
- Ensel, W.M., Peek, M.K., Lin, N., & Lai, G. (1996). Stress in life course: A life history approach. *Journal of Aging and Health, 8*(3), 389-416.
- Feinson, M.C., & Thoits, P.A. (1986). The distribution of distress among elders, *Journal of Gerontology, 41*(2), 225-233.
- Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T., & Osborne, L.N. (1997). Marital satisfaction and depression : different causal relationship for men and women? *Psychological Science, 8*(5), 351-356.
- Folstein, M.F., Fostein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Friedman, S. (1990). Assessing the marital environment of agoraphobics. *Journal of Anxiety Disorders, 4*(4), 335-340.
- Gilmour, H., & Park, J. (2006). Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. *Supplément aux Rapports de santé, 16*, 23-44, Statistique Canada, no 82-003 au Catalogue
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Préville, M. (2007). Marital relationship and psychological distress : It's correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy, 22*(1), 109-126. doi: 10.1080/14681990600861040
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Préville, M. (2009). Marital adjustment and its association with gender and marital distress in old age. Paper presented at the 19th IAGG World Congress of Gerontology, Paris.
- Gotlib, I.H., & Beach, S.R.H. (1995). A marital/family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. In N.S. Jacobson, & A.S. Gurman (Eds), *Clinical handbook of couple therapy*, New-York: Guilford Press, pp. 411-436.
- Graham, J.M., & Conoley, C.W. (2006). The role of marital attributions in the relationship between life stressors and marital quality. *Personal Relationship, 13*(2), 231-241.
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family, 68*(3), 701-717. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
- Guay, S. & Miller, J-M., (2000). L'inventaire de soutien perçu, document inédit.
- Hafner, R. I., & Minge, P. J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles, 20*, 705-711
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A.V., Brilman, E.I., Kempen, G.I.J.M., & Ormel, J. (2001). Chronic disease in elderly couples Are women more responsive to their spouses' health condition than men? *Journal of Psychosomatic Research, 51*, 693-696.
- Hagedoorn, M., Van Yperen, N.W., Coyne, J.C., Jaarsveld, C.H.M.V., Ranchor,

- A.V., Sonderen, E.V., et al. (2006). Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychology on Aging*, 21(3), 611-620.
- Hancock, G., R., & Mueller, R.O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. In R. Cudeck, S. du Toit, & D. Sörbom, Eds., *Structural Equation Modeling: Present and Future* (pp.195-216). Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Harper, J.M., Schaalje, B.G., Sandberg, J.G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 1-18.
- Hogan, P.T. (2003). *Psychological testing. A practical introduction*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Holahan, C.K., Holahan, C.J., & Belk, S.S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology*, 3(4), 315-328.
- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228. doi: 10.2466/pr0.1976.39.3f.1215
- Institut de la statistique du Québec (2013). Le bilan démographique du Québec. Édition 2013, Québec, 153 pages
- Institut national de santé publique du Québec (2001). Portrait de santé - Le Québec et ses régions. Édition 2001. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 432 p.
- Jarousse, N. (1995). *Sexualité et vieillissement*. Eres.
- Jeon, H-S., Dunkle, R., & Roberts, B.L. (2006). Worries of the oldest-old. *Health & Social Works*, 31(4), 256-265.
- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8: user's reference guide*. Lincolnwood. IN: Scientific Software, Inc.
- Joshi, K., Kumar, R., & Avasthi, A. (2003). Morbidity profile and its relationship with disability and psychological distress among elderly people in Northern India. *International Journal of Epidemiology*, 32, 978-987.
- Karney, B., & Bradbury T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two models of stress management: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kazak, A. E., Jarmas, A., & Snitzer, L. (1988). The assessment of marital satisfaction: An evaluation of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 82-91. doi: 10.1037/h0080475
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., & Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York: The Guilford Press, p. 458.
- Kim, H.K., & McKenry, P.C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, 23, 885-911.
- Kim, J.E., & Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subjective well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 10(3), 83-86.

- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 22-35. doi: 10.1037/0893-3200.6.1.22
- Kurdek, L.A. (2005). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 494-510.
- Landreville, P., & Vezina, J. (1992). A comparison of daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal of Aging*, 11, 137-149.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 2, 124-129.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York: Spring Publishing.
- Lee, Y. & Shinkai, S. (2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 63-76.
- Lee, KM., Volans, P.J., Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging and Mental Health*, 7(2), 133-141.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 79-92.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301-313. doi: 10.1037/0882-7974.8.2.301
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage & Family Living*, 21, 251-255. doi: 10.2307/348022
- Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 101-125. doi: 10.1023/a:1025574626454
- Mancini, A.D., & Bonanno, G.A. (2006). Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging*, 21(3), 600-610.
- Miller, B., Townsend, A., & Ishler, K. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging*, 10, 65-77.
- Min, J.W., Moon, A., & Lubben, J.E. (2005). Determinants of psychological distress over time Among older Korean immigrants and Non-Hispanic white elders: Evidence from a two-wave panel study. *Aging & Mental Health*, 9(3), 210-222.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale – la force des liens. (Publication n° ISBN 2-550-44549-X) Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf> Page consultée le 28 février 2014.
- Monroe, S.M. (1983). Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 189-205.
- Mulaik, S.A., James, L.R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C.D. (1989).

- Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105(3), 430-445.
- Norris, M. P., Snyder, D. K., & Rice, J. L. (1997). Marital satisfaction in older adults: A comparison of community and clinic couples. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3(2), 111-122.
- O'Leary, K.D., Riso, L.P., & Beach, S.R.H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy*, 21, 413-422.
- Organisation Mondiale de la Santé (2012). Une bonne santé pour mieux vieillir. Dossier pour la Journée mondiale de la santé 2012. Document récupéré le 11 janvier 2014 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en/index.html
- Penninx, B.W., et al. (1996). Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *Journal of Psychosomatic Research*, 40(5), 521-534.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., et al. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Préville, M., Vasiliadis, H-M., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J., Béland, S-G., & Scientific Committee of the ESA Study. (2009). Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement* 28 (1), 51- 61. doi:10.1017/S0714980809090011
- Proulx, C.M., Helms, H.M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being : A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576-593.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F.P. (2009a). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 573-584.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F.P. (2009b). Self-rated health and depressive symptoms in patients with end-stage renal disease and their spouses : A longitudinal dyadic analysis of late-life marriages. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 64B(2), 212-221.
- Randall, A.K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.
- Roach, A. J., Frazier, L. P., & Bowden, S. R. (1981). The Marital Satisfaction Scale: Development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, 43(3), 537-546. doi: 10.2307/351755
- Robichaud, M., Dugas, M.J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Anxiety Disorders*, 17, 501-516. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00237-2
- Robinson, K.K., McBeth, J., & Macfarlane, G. (2004). Psychological distress and premature mortality in the general population : a prospective study. *Annals of*

- Epidemiology*, 14(7), 467-472.
- Rosowsky, E. (1999). The patient-therapist relationship and the psychotherapy of the older adult with personality disorder. In E. Rosowsky, R. Abrams, & R. Zweig (Eds.), *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment* (pp.153-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Sabourin, S., Bouchard, G., Wright, J., Lussier, Y., & Boucher, C. (1988). L'influence du sexe sur l'analyse factorielle de l'échelle d'ajustement dyadique [The influence of sex on factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale]. *Science et comportement*, 18, 187-201.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 333-337. doi: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27.
- Sandberg, J.C., & Harper, J.M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging and mental health*, 4(3), 210-222.
- Sandberg, J.C., Miller, R.B., & Harper, J.M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51(3), 256-264.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H-G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schulz, R., Mittelman, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of aging and health*, 6(4), 419-447.
- Scott, K.M., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions : Results from the World Mental Health surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120.
- Serido, J., Almeida, D.M., & Wethington, E. (2004). Chronic stressors and daily hassles: Unique and interactive relationships with psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 17-33.
- Sharpley, C. F., & Cross, D. G. (1982). A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 739-741. doi: 10.2307/351594
- Shields, M., & Martel, L. (2006). Des aînés en bonne santé. Rapport sur la santé. Vol. 16, supplement. Retrouvé de <http://dsp-psd.tpsqc.gc.ca/Collection/Statcan/82-003-SIF2005000.pdf>
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H-G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.
- Schultz, R., Mittelman, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P., & Bookwala, J. (1994). Predictors of perceived health status in elderly men and women. *Journal of aging and health*, 6(4), 419-447.

- South, S. C., Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2009). Factorial invariance of the Dyadic Adjustment Scale across gender. *Psychological Assessment*, 21(4), 622-628. doi: 10.1037/a0017572
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. doi: 10.2307/350547
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 731-738. doi: 10.2307/351593
- Spanier, G.B. (1989). Manual for the Dyadic Adjustment Scale. North Tonawanda, NY: Multi Health Systems, Inc.
- St-Arnaud J., M.P. Beaudet et P. Tully. 2005. Espérance de vie, Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n°1, 45 à 49.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., Bonaventure, M. (2003). Social support and anxiety disorders: A pilot study. Communication presented at the 37th AABCT Annual Convention, Boston.
- Statistique Canada (2007). Aînés, *Annuaire du Canada*, Statistique Canada Catalogue no. 11 402-XPF, Ottawa, p.21-34.
- Step toe, A. (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 633-644.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistic*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625-638.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996a). Depressive symptoms across older spouses: Longitudinal influences. *Psychology and Aging*, 11, 683-697.
- Tower, R.B., & Kasl, S.V. (1996b). Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B(3), 115-129.
- Tower, R.B., Kasl, S.V., Moritz, D.J. (1997). The influence of spouse cognitive impairment on respondents' depressive symptoms: The moderating role of marital closeness. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(5), S270-S278.
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(3), 229-249. doi: 10.1080/009262302760328271
- Trudel, G. (2005). *Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*, 2^e édition. Sainte-Foy, Québec, : Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G., Anderson, A., Villeneuve, V., & Boyer, R. (2008). The effects of marital enhancement program on sexual desire of retired couples. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 17, 143-151.
- Trudel, G., Dargis-Damphousse, L., Villeneuve, L., Boyer, R., & Prévile, M. (2013). Marital support, psychological distress, and disability among community-dwelling older couples : A longitudinal study. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(4), 350-363.
- Trudel, G., Goldfarb, M.R., Prévile, M., & Boyer, R. (mai 2006). Le lien entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique: Recherches antérieures et résultats préliminaires à l'étude sur la santé des aînés. Symposium soumis au 74^e congrès de

- l'Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS), Montréal, Canada.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy, 15*(4), 381-406. doi: 10.1080/713697433
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2010). Sexual and marital aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 316-341.
- Trudel, G., Villeneuve, L., Préville, M., Boyer, R., & Fréchette, V. (2010). Dyadic adjustment, sexuality and psychological distress in older couples. *Sexual and Relationship Therapy, 25*(3), 306-315. doi: 10.1080/14681991003702583
- Turcotte, M., & Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada*, produit n° 89-519-XPE au Catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 321 pages.
- Turgeon, L., Boisvert, J.-M., Ladouceur, R., & Tremblay, L. (1999). Incapacité physique, douleur chronique et vie conjugale : Recension des écrits. *Canadian Journal of Rehabilitation, 12*(4), 273-284.
- U.S. Census Bureau (2011). Current Population Survey. Annual Social and Economic Supplement. Retrieved from <http://www.census.gov.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/>
- U.S. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (July 2010). Older Americans 2010: Key indicators of well-being. Retrieved from http://www.agingstats.gov/agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2010_Documents/Docs/OA_2010.pdf
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D.W., & O'Hara, M. (1988). Marital adjustment difficulties: cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of science and clinical psychology, 7*(4), 312-318.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D.A., Chen, M.D., & Campbell, A.M. (2005). As good as it gets? A life course perspective on marital quality. *Soc Forces, 84*(1), 493-511.
- Vaillant, C.O., & Vaillant, G.E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40 year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family, 55*(1), 230-239.
- Van Laningham, J., Johnson, D.R., & Amato, P.R. (2001). Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. *Social Forces, 79*(4), 1313-1341. doi: 10.1353/sof.2001.0055
- Vandeleur, C.L., Fenton, B.T., Ferrero, F., & Preisig, M. (2003). Construct validity of the French version of the Dyadic Adjustment Scale. *Swiss Journal of Psychology, 62*(3), 167-175. doi: 10.1024//1421-0185.62.3.167
- Verbrugge, L.M., & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social, Science, & Medicine, 38*(1), 1-14.
- Vézina, J., & Giroux, L. (1988). *L'Échelle des Embêtements: une Étude de Validation Française du "Hassles Scale" pour les Personnes Âgées*. Communication présentée au 49^e Congrès Annuel de la Société Canadienne de Psychologie.
- Villeneuve, L., Préville, M., Trudel, G., & Boyer, R. (2010, Décembre). *Validation study of dyadic adjustment scale among community-dwelling French elderly couples*. Présentation par affiche présenté à l'Association Canadienne de Gérontologie, Montréal.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Préville, M., Boyer, R., & Bégin, J. (accepted). Marital functioning and psychological distress among older couples over an 18-month period. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Waldinger, R.J., & Schulz, M.S. (2010). What's love got to do with it? Social Functioning,

- perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 25(2), 42-431.
- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Whisman, M.A., & Uebelacker, L.A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184-189. doi: 10.1037/a0014759
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2005). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 830-838.
- Wilkins, K. (2005). Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. *Supplément aux rapports sur la santé*, 16, 63-76 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- Yorgason, J.B., Almeida, D., Neupert, S.D., Spiro III, A., & Hoffman, L. (2006). A dyadic examination of daily health symptoms and emotional well-being in late-life couples. *Family Relations*, 55, 613-624.
- Yorgason, J. B., Booth, A., & Johnson, D. (2008). Health, disability, and marital quality: Is the association different for younger versus older cohorts? *Research on Aging*, 30(6), 623-648. doi: 10.1177/0164027508322570